

Doelgroeponderzoek Benzodebaas.nl

Masterthese

R.N. (Robin) Kok BSc

Universiteit Twente

Opleiding Psychologie

Opdracht Tactus Verslavingszorg

Februari 2009 – januari 2010

Begeleiding:

Dr. J.E.W.G. van Gemert-Pijnen (UT)

Drs. S.M. Kelders (UT)

Drs. M.G. Postel (Tactus Verslavingszorg)

1. INLEIDING	4
1.1 <i>AANLEIDING EN DOEL ONDERZOEK</i>	4
1.2 <i>OPBOUW SCRIPTIE</i>	4
1.3 <i>DE BENZODIAZEPINEN</i>	4
1.4 <i>OMVANG EN PREVALENTIE GEBRUIK</i>	6
2. PROBLEEMSTELLING	7
2.1 <i>LANGDURIG BENZODIAZEPINEGEBRUIK</i>	7
2.1.1 <i>Gebruikersperspectieven</i>	7
2.1.2 <i>Verstrekperspectieven</i>	9
2.2 <i>GEVOLGEN VAN LANGDURIG BENZODIAZEPINEGEBRUIK</i>	10
2.2.1 <i>Cognitieve bijwerkingen van benzodiazepinen</i>	10
2.2.2 <i>Lichamelijke bijwerkingen van benzodiazepinen</i>	11
2.3 <i>SAMENVATTING</i>	12
2.4 <i>ONTMOEDIGING VAN LANGDURIG BENZODIAZEPINEGEBRUIK</i>	13
2.4.1 <i>Bestaande interventies</i>	14
2.4.2 <i>Internet als medium voor interventies</i>	16
2.4.3 <i>Onderzoeksvragen</i>	16
2.5 <i>THEORETISCH KADER</i>	18
2.5.1 <i>Bestaande inzichten en onderzoeken</i>	18
2.5.2 <i>Intentie om te stoppen met benzodiazepinen</i>	19
2.5.3 <i>Slaap, stress en neuroticisme</i>	20
2.5.4 <i>Coping</i>	21
2.5.5 <i>Self-efficacy en normatieve invloed</i>	22
2.5.6 <i>Attitudes ten opzichte van stoppen</i>	24
2.5.7 <i>Theory of Planned Behaviour</i>	24
2.6 <i>SAMENVATTING THEORETISCH KADER</i>	25
2.7 <i>ONDERZOEKSMODEL</i>	26
3. METHODE	27
3.1 <i>OPERATIONALISATIE EN PROCEDURE</i>	27
3.2 <i>RESPONDENTEN</i>	27
3.3 <i>MEETINSTRUMENTEN</i>	28
3.3.1. <i>Onderzoeksvraag 1: persoonlijkheidstrekken</i>	28
3.3.2. <i>Onderzoeksvraag 2: voorspellingsmodel</i>	31
3.4 <i>DATA-ANALYSE</i>	36
4. RESULTATEN	38

4.1	<i>RESPONS, DROP-OUT EN SCREENING VRAGENLIJST</i>	39
4.2	<i>FACTORANALYSES EN INTERCORRELATIES</i>	40
4.3	<i>OVERZICHT MEETINSTRUMENTEN</i>	47
4.4	<i>BESCHRIJVENDE STATISTIEKEN</i>	48
4.5	<i>GROEPSVERGELIJKINGEN</i>	50
4.6	<i>VOORSPELLEN VAN STOPINTENTIE</i>	52
5.	CONCLUSIES EN DISCUSSIE	56
5.1	<i>CONCLUSIES</i>	56
5.2	<i>BEANTWOORDING ONDERZOEKSVRAAG 1</i>	56
5.3	<i>BEANTWOORDING ONDERZOEKSVRAAG 2</i>	59
5.2	<i>PRAKTISCH NUT</i>	64
5.3	<i>AANBEVELINGEN</i>	66
6.	BEPERKINGEN EN OPMERKINGEN	67
6.1	<i>METHODE</i>	67
6.1.1.	<i>OPERATIONALISATIE UITKOMSTVARIABLE</i>	67
6.1.2.	<i>VRAGENLIJST EN RESPONS</i>	68
6.2	<i>MEETINSTRUMENTEN</i>	70
6.3	<i>LITERATUUR</i>	71
7.	REFERENTIES	73
8.	BIJLAGEN	82

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en doel onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van een breed spectrum van persoonlijkheidskenmerken van langdurig benzodiazepinegebruikers ten behoeve van de website en de internetbehandeling www.benzodebaas.nl van Tactus Verslavingszorg. Hieronder vallen algemene demografische gegevens, de attitude ten opzichte van het eigen benzodiazepinegebruik, de subjectief ervaren controle die de persoon heeft over het gebruik en de uitkomstverwachtingen van een eventuele stoppoging. De waargenomen voordelen en nadelen van het gebruik en de sociale omgeving spelen hierin ook een rol. Deze worden in kaart gebracht om een beeld te vormen van de factoren die de bereidheid tot het volgen van een (internet)interventie kunnen beïnvloeden.

Voorgaand onderzoek heeft zich vooral gericht op gebruikers die al de intentie hebben om te stoppen of bezig zijn met een zeker stopprogramma of een bepaald onderzoek. Deze gebruikers zijn al geselecteerd op een aantal in- en exclusiecriteria door onderzoekers en/of hun huisartsen en zijn daarom niet noodzakelijkerwijs een representatieve afspiegeling van de totale populatie gebruikers.

1.2 Opbouw scriptie

Deze scriptie is opgebouwd uit deze inleiding met algemene informatie over benzodiazepinen, een theoretisch kader met achterliggende informatie over het probleem en de probleemstelling en een methodendeel waar de werkwijze en de onderzoeksmethode wordt uitgelegd. Vervolgens worden de resultaten besproken in het resultaatendeel en volgt een hoofdstuk voor beperkingen en aanbevelingen. Als laatste volgen daarna de referenties en de bijlagen.

1.3 De benzodiazepinen

Benzodiazepinen (BZD of benzo's) zijn een groep kalmerende, slaapopwekkende, angstmennende en spierverslappende medicijnen. Bij toeval uitgevonden in het midden van de jaren 50, bleken deze medicijnen grote voordelen te hebben ten opzichte van de tot dan gebruikte barbituraten en andere slaapmiddelen. De benzodiazepinen kwamen op een goed moment: in 1961 werd het nu beruchte slaapmiddel Softenon van de markt gehaald nadat

bleek dat gebruik van dit middel door zwangere vrouwen ernstige geboorteafwijkingen kon veroorzaken. Wat de situatie niet eenvoudiger maakte was dat het middel zeer veel gebruikt werd tegen ochtendmisselijkheid bij zwangere vrouwen. In vergelijking met oudere slaap- en kalmeringsmiddelen bleken benzodiazepinen specifiek te werken, beter doseerbaar te zijn, minder bijwerkingen te vertonen en minder risico's bij overdosering te hebben.

Het aanvankelijke enthousiasme voor deze medicijnen werd echter al vrij snel getemperd door onderzoeksresultaten waaruit bleek dat zich ontweningsverschijnselen voordeden bij het abrupt afbreken van de medicatie. Bij een behandeling van psychiatrische patiënten met hoge doses chloordiazepoxine (Librium, nog steeds verkrijgbaar) bleken er bij 10 van de 11 patiënten ernstige onthoudingsverschijnselen op te treden (Hollister, Motzenbecker & Degan, 1961). Hoewel dit om doses 6-10 maal hoger ging dan tegenwoordig voorgeschreven, waren de eerste vermoedens over verslaving en onthoudingsverschijnselen geuit.

Kales, Scharf, Kales & Soldator rapporteerden in 1979 bij mensen die gestopt waren met gebruik de zogeheten 'rebound insomnia', een verhevigd terugkeren van de slapeloosheid waar deze benzodiazepinen oorspronkelijk vaak voor voorgeschreven waren. Niet lang daarna werden er door Rosser, Simms, Patten en Forster (1981) een advies gegeven voor huisartsen die benzodiazepinen voorschreven. Zij adviseerden om bij ouderen minder snel benzodiazepinen voor te schrijven, om liever kortwerkende dan langwerkende benzodiazepinen voor te schrijven en om voor patiënten boven de 65 de helft van de gebruikelijke dosering voor te schrijven. Ook zou de behandeling idealiter niet langer dan een maand moeten duren. Dit werd in 1982 bevestigd door MacKinnon en Parker. Zij adviseerden ook dat een behandeling met benzodiazepinen zo kort mogelijk zou moeten duren. In het geval van een langere gebruiksduur of een hogere dosering dan gebruikelijk zou er een afbouwtermijn toegepast moeten worden.

Voor het middel temazepam werd al in 1983 aangetoond dat de slaapbevorderende werking na twee weken verdwenen was. Er was ook in bepaalde gevallen sprake van slaperigheid overdag nadat het middel de voorgaande avond ingenomen was (Kales & Kales, 1983). Later kwamen er vermoedens van het ontstaan van een depressie of het verergeren van een bestaande depressie na het stopzetten van een behandeling met benzodiazepinen (Lader, 1994). Al enige jaren is er twist over de effectiviteit van benzodiazepinen. Zo blijkt uit een meta-analyse van Holbrook, Crowther, Lotter, Cheng, & King (2000) dat benzodiazepinen bij

slaapproblemen geen groot voordeel leveren ten opzichte van een placebo. Ondanks de lange geschiedenis van kanttekeningen bij benzodiazepinegebruik zijn de benzodiazepinen nog steeds populair: in 2009 zijn er in Nederland 12,8 miljoen voorschriften uitgegeven (CVZ, 2010).

1.4 Omvang en prevalentie gebruik

De drie meest voorgeschreven benzodiazepinen in Nederland zijn Oxazepam (Seresta), Diazepam (Valium) en Temazepam (Normison) (GIP, 2007). Deze middelen worden onder een breed scala van stof- en merknamen op de markt gezet, maar vrijwel alle benzodiazepinen zijn te herkennen doordat de naam van de werkzame stof eindigt op –pam of –lam (alprazolam, lorazepam, flunitrazepam, et cetera).

Volgens schattingen gebruikt ruim 12% van de Nederlandse bevolking jaarlijks een benzodiazepine. Naarmate de leeftijd vordert worden er vaker benzodiazepinen gebruikt. Bij vrouwen is het gebruik ook hoger dan bij mannen (Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik [DGV], 2005). Door verschillen in definities en onderzoekscriteria is het echter moeilijk een definitief cijfer te geven. Volgens een meta-analyse gebruiken ongeveer twee keer zo veel vrouwen als mannen benzodiazepinen. In een steekproef van langdurig gebruikers van benzodiazepinen is 80% ouder dan 45 jaar, bij kortdurende gebruikers is dit ongeveer 55% (Zandstra et al., 2002a).

Naast de beschreven groep van langdurig gebruikers is er ook nog een groep van onbekende omvang die op via het grijze of illegale circuit aan benzodiazepinen komt en deze gebruikt naast andere drugs en/of alcohol, of deze recreatief gebruikt. In de reguliere zorg worden benzodiazepinen ook gebruikt om acute onthoudingsverschijnselen bij alcoholverslaafden te onderdrukken. Zo zijn benzodiazepinen geliefd als zelfmedicatie onder drugs- en alcoholverslaafden om ontwenningsverschijnselen te onderdrukken voor de momenten dat de verslaafden door enigerlei reden niet aan hun middel konden komen (Kerssemakers, van Meerten, Noorlander en Vervaeke, 2008). Zoals ook andere middelen die ontwikkeld zijn als substituut voor verslavende middelen (bijvoorbeeld methadon en buprenorfine) hebben ook de benzodiazepinen een misbruikpotentieel. Gebruikers van meerdere internetfora zoals fok.nl en drugsforum.nl melden dat ze al dan niet legaal verkregen benzodiazepinen gebruiken als roesmiddel, of als middel om de kick of trip van

een opwekkend middel af te remmen, of om in slaap te komen na een langere tijd opwekkende middelen gebruikt te hebben.

In Nederland worden benzodiazepinen voorgeschreven voor een ‘kortdurende behandeling van ernstige slaap- of angststoornissen, die het normale functioneren verstoren of waaronder ernstig geleden wordt.’ (College voor Zorgverzekeringen, 2008). Onder 'kortdurend' wordt verstaan twee weken voor de behandeling van slaapstoornissen en twee maanden voor de behandeling van angststoornissen. In de ideale wereld wordt een behandeling met benzodiazepinen begonnen en dan na deze behandeltermijn weer gestopt. Toch gebruiken circa 600.000 Nederlanders deze middelen langdurig voor hun slaap- of angstklachten (DGV, 2005).

2. Probleemstelling

2.1 Langdurig benzodiazepinegebruik

Benzodiazepinen zijn in Nederland niet zonder recept verkrijgbaar. Als de 'recreatieve' gebruikers van benzodiazepinen buiten beschouwing worden gelaten is er dus een moment geweest dat iemand zich meldt met een klacht, en de arts besloot om voor deze klacht een benzodiazepine voor te schrijven. Als er aan de behandelindicatie voldaan wordt houdt deze behandeling op een bepaald moment op. Dit gebeurt dus echter vaak niet: van de verstrekte recepten voor benzodiazepinen is in Nederland 90% een herhalingsrecept die zonder tussenkomst van (huis)arts opgehaald kan worden (DGV, 2008). Het is uit psychologisch oogpunt interessant om verder in te gaan op de perspectieven die zowel de patiënt als de arts over dit 'stille' langdurige gebruik hebben. Hieronder wordt verder ingegaan over de wat er uit de literatuur bekend is over deze perspectieven.

2.1.1 Gebruikersperspectieven

“Ik kreeg ze voorgeschreven 37 jaar geleden na een postnatale depressie. Daar was in die tijd nog niets over bekend en ik wist ook niet wat ik slikte. Ik kreeg diazepam voorgeschreven en ik vertrouwde mijn toenmalige huisarts. Nu kan ik niet meer zonder. Had ik van tevoren geweten wat ik kreeg voorgeschreven was ik er nooit aan begonnen. Het was een andere tijd en je vertrouwde je arts.” – Vrouwelijke respondent, 63 jaar.

De gebruiker uit het bovenstaande citaat geeft aan dat zij een zeer passieve rol speelde in het beslissingsproces om benzodiazepinen te gebruiken, voortkomend uit een groot vertrouwen in de arts. Uit meerdere onderzoeken blijkt ook dat patiënten graag de verantwoordelijkheid voor en de beslissing over het gebruik van benzodiazepinen overlaten aan hun arts en denken dat als hun arts het voorschrijft ‘het wel goed zal zitten’ (Anthierens et al., 2007b; Cook et al., 2007a). In een kwalitatief onderzoek van Barter en Cormack (1996) meldden alle patiënten (ouderen) dat zij niet wisten hoe hun arts tegenover hun benzodiazepinegebruik stond. Ook gaven ze aan dat recepten vaak zonder tussenkomst van de arts worden gegeven en dat krijgen van benzodiazepinen erg eenvoudig is:

“They say ‘Why do you take or want them?’, I say ‘Well, I’ve got a bad neighbour’, and it is left at that. I say I have got a bad neighbour and they give me what I ask for ... I feel that doctors don’t bother with old people.” (in Barter & Cormack 1996, p. 495)

Dit citaat illustreert het gemak waarmee deze voorschrijvende arts blijkbaar de benzodiazepinen meegeeft: zonder verder in te gaan op het expliciet vermelde onderliggende probleem (de slechte burens) geeft de arts benzodiazepinen mee om de slaap- of spanningsklachten ten gevolge van deze burens te verminderen. De bewuste patiënt krijgt ook het idee dat de arts geen enkele interesse heeft in de beslommingen van oudere mensen. Een andere interessante bevinding in dit onderzoek was dat het gebruik ook vooral een gewoontegedraging werd bevonden. Het werd genoemd als een onderdeel van een dagelijkse routine, of de benzodiazepinen werden ingenomen met alle andere medicijnen die dagelijks ingenomen moesten worden:

“It is just like putting a comb through your hair, it is just a thing that you are used to.” (in Barter & Cormack, 1996, p. 496)

Uit onderzoeken van Anthierens, Habraken, Petrovic, Deveugle, De Maeseneer & Christiaens (2007b) blijkt dat patiënten weinig weten over de benzodiazepinen die ze gebruiken en geen duidelijke verwachtingen hebben ten aanzien van gebruik op de lange termijn, ook al waren ze op de hoogte van mogelijke afhankelijkheid. Uit een Oostenrijks onderzoek bleek dat maar liefst 75% van ondervraagde apothekbezoekers op de hoogte was van de verslavende werking van benzodiazepinen (Barnas, Fleishhacker, Whitworth, Schett,

Stuppäck & Hinterhuber, 1991). Dit lijkt goed nieuws, maar meer dan de helft van deze mensen had deze informatie van iemand anders dan hun voorschrijvende arts. Een ander Oostenrijks onderzoek onthult dat slechts 2% van opgenomen ziekenhuispatiënten vindt dat ze voldoende informatie over de benzodiazepinen hebben gekregen. Twee derde geeft aan helemaal geen informatie te hebben gekregen (Gutiérrez-Lobos, Fröhlich, Quiner, Haring & Barnas, 2001).

Dit hoeft echter niet direct aan de arts te liggen: uit een klassiek onderzoek van Ley (1979) blijkt dat patiënten ongeveer een derde van de informatie van hun arts vergeten. Hoe meer informatie er aangeboden wordt door de arts, hoe meer de patiënt vergeet. Dit effect is nog sterker als de patiënt zich angstig of gestrest voelt. Specifieke, ingewikkelde of technische informatie over de medicatie en het gebruik kan op deze manier aan de patiënt voorbijgaan. Het is niet ondenkbaar dat wanneer een arts benzodiazepinen voorschrijft en hierbij een uitgebreide uitleg aan de patiënt meegeeft, de patiënt veel informatie hiervan niet kan herinneren, zeker als die informatie in de korte tijd van een consult wordt aangeboden.

2.1.2 Verstrektersperspectieven

In een kort huisartsconsult is er vaak geen tijd om diepgravend in te gaan op de oorzaken van deze slaapklachten en ligt de prioriteit op het snel wegnemen van de gerapporteerde slaap-, angst- en spanningsklachten. Volgens onderzoek van Anthierens, Habraken, Petrovic en Christiaens (2007a) in België blijkt dat huisartsen zich vaak overweldigd voelen door psychosociale problemen die hun patiënten voorleggen. Omdat er geen tijd is om deze onderliggende problemen te bespreken hebben artsen het gevoel dat ze toch iets voor de patiënt kunnen doen door benzodiazepinen voor te schrijven.

Uit een onderzoek in Canada blijkt dat het ter sprake brengen van chronisch benzodiazepinegebruik door artsen geen prioriteit heeft ten opzichte van overige medische kwesties en dat dit te veel tijd zou kosten. Soms zien artsen in het geheel het nut van een interventie niet in en ontkennen zij de risico's van langdurig gebruik van lage doses benzodiazepinen. Ze zien het voorschrijven van benzodiazepinen als een 'quick fix' voor slaap- en angstproblemen bij ouderen en vinden het niet de moeite waard om hun patiënten (en zichzelf) te belasten met een uitgebreid afbouwprogramma. Artsen zijn ook sceptisch ten opzichte van stopprogramma's en verwachten dat deze niet werken. Hoewel de artsen het belang en de achterliggende gedachte van voorschrijfrichtlijnen onderschrijven blijken ze

zich daar bijna nooit aan te houden. Ook konden ze niet duidelijk aangeven in welke gevallen ze een patiënt wel of geen benzodiazepinen zouden voorschrijven (Cook, Marshall, Masci & Coyne, 2007). In Nederland is er helaas nog geen vergelijkbaar onderzoek gedaan. Het is mogelijk dat de algehele voorschrijftendens in Nederland als gevolg van bijvoorbeeld een andere regelgeving anders is.

2.2 Gevolgen van langdurig benzodiazepinegebruik

Op de korte termijn kunnen benzodiazepinen een positief effect hebben op de kwaliteit van leven (van Hulten, Teeuw, Bakker & Leufkens, 2005). Benzodiazepinen kennen minder bijwerkingen dan de eerder toegepaste barbituraten, maar dat betekent niet dat zij vrij zijn van bijwerkingen. De vraag is dan ook geuit of de positieve effecten opwegen tegen de bijwerkingen van benzodiazepinen (Holbrook, Crowther, Lotter, Cheng & King, 2000). Deze bijwerkingen zijn, naast de hierboven genoemde bijwerkingen zoals tolerantie en afhankelijkheid, ook onder andere motorische stoornissen, een verminderd reactievermogen, verminderde alertheid en concentratievermogen en onthoudingsverschijnselen na het stoppen met benzodiazepinen (DGV, 2008). Hieronder wordt verder ingegaan op de cognitieve en lichamelijke gevolgen van langdurig benzodiazepinegebruik.

2.2.1 Cognitieve bijwerkingen van benzodiazepinen

Anterograde amnesie, oftewel een verminderd vermogen om nieuwe informatie op te slaan is een van de cognitieve bijwerkingen van benzodiazepinen (Ghoneim & Mewaldt, 1990; Curran, 1986). Dit kan een verslechterd geheugen van ouderen nog verergeren. Ook kan het bij jongere gebruikers zorgen voor verminderde studieresultaten.

Andere cognitieve bijwerkingen zijn sufheid en concentratiestoornissen. Dit is in het bijzonder ongewenst in situaties zoals het verkeer. Uit een meta-analyse van dubbelblinde, gerandomiseerde onderzoeken van Verster, Veldhuijzen, Patat, Olivier en Volkerts (2006) blijkt dat het toedienen van benzodiazepinen een significant effect heeft op de rijvaardigheid de volgende dag. Daarnaast laten post-hoc analyses van verkeersongevallen als gecontroleerde experimenten zien dat benzodiazepinen het risico op verkeersongevallen verhogen (Ogden, Moskowitz, 2004; Dubois, Bédard & Weaver, 2008; Gustavsen et al., 2008; Berthelon et al., 2003) en in een enkel onderzoek zelfs verdubbelen (Thomas, 1998). In een Nederlands post-hoc onderzoek onder bestuurders die bij een ernstig verkeersongeval

betrokken waren, vonden Mathijssen en Houwing (2005) dat 2,2% van de mannelijke bestuurders en maar liefst 6,7% van de vrouwelijke bestuurders benzodiazepinen in het bloed hadden. Het letselrisico van benzodiazepinegebruikers bleek 3,5 maal zo hoog als dat van ‘nuchtere’ automobilisten. De auteurs berekenden aan de hand van dit risico dat het gebruik van benzodiazepinen een ongeveer even groot ongevalsrisico met zich meebrengt als een alcoholpromillage van 0,5‰, wat in Nederland het hoogst toegestane alcoholpromillage is voor ervaren bestuurders.

Naast alcohol worden benzodiazepinen genoemd als de meest aangetroffen substantie in het bloed van bestuurders (Jones, 2005; Mravčík, Vorel & Zábanský, 2007; Siliquini, Chiadò Piat, Gianino & Renga, 2007; Ricci et al., 2008; Christopherson & Mørland, 2008). In recent Nederlands onderzoek onder bestuurders die verdacht werden van rijden onder invloed werd na uitsluiting van de aanwezigheid van alcohol bij maar liefst 33% van de bestuurders benzodiazepinen aangetroffen (Smink, 2008). Dit ging om bestuurders die wel aangehouden waren en een bloedproef ondergaan hadden, maar op dat moment niet bij een ongeval betrokken waren.

De risico's van de bijwerkingen van benzodiazepinen beperken zich niet tot verkeersongevallen, maar betreffen ook algemene ongelukken (Wadsworth, Moss, Simpson & Smith, 2005) en arbeidsongevallen (Trucco, Rebolledo, González, Correa & Bustamante, 1998).

2.2.2 *Lichamelijke bijwerkingen van benzodiazepinen*

De spierverslappende eigenschappen van de benzodiazepinen maakt ze geschikt zijn bij operaties toe te passen om de patiënt zich te laten ontspannen. Deze werking heeft echter buiten operaties ook een nadelige werking: het werkt voornamelijk bij ouderen valincidenten in de hand, die door hun hogere leeftijd toch al een groter risico op botbreuken lopen. Gebruik van benzodiazepinen vergroot dit risico nog eens (Bolton, Metge, Lix, Prior, Sareen & Leslie 2008; Vestergaard, Rejnmark & Mosekilde, 2006). Heupfracturen zijn de meest voorkomende verwondingen als gevolg van vallen (Cumming & Klineberg, 1993; Formiga, Lopez-Soto, Duaso, Chivite, Ruiz, Perez-Castejon, Navarro & Pujol, 2008; Chang, Wu, Chang & Lin, 2008).

Het is echter niet met zekerheid te zeggen of dit veroorzaakt wordt door de benzodiazepinen. Onderzoeksresultaten op het gebied van benzodiazepinen, valincidenten en

botbreuken zijn moeilijk te interpreteren doordat ouderen vaak verschillende medicijnen door elkaar gebruiken. Zo kan er dus niet specifiek één middel aangewezen kan worden als de oorzaak van het vallen, en de verschillende medicijnen kunnen elkaar ook nog beïnvloeden. Medicijnen voor chronische ziekten kunnen de positieve en negatieve effecten en bijwerkingen van benzodiazepinen versterken, verdoezelen of anderszins beïnvloeden. Deze zogeheten interactie-effecten kunnen op hun beurt ook weer gezondheidsklachten veroorzaken. Dit maakt het lastig om onderzoek te doen naar gevolgen van benzodiazepinegebruik bij groepen benzodiazepinegebruikers die ook (veel) andere medicijnen gebruiken, zoals ouderen of chronisch zieken. Ook kan het verhoogde risico veroorzaakt worden door andere factoren dan medicijnen. Zo kunnen bijvoorbeeld zaken zoals overgewicht, roken, cognitieve beperkingen en fysieke activiteit allen leiden tot een overschatting van de relatie tussen benzodiazepinegebruik en heupfracturen (Schneeweiss & Wang, 2005).

2.3 Samenvatting

Uit de voorgenoemde nadelen en bijwerkingen van het gebruik van benzodiazepinen moge het duidelijk zijn dat het niet gaat om een 'onschuldig' slaaptabletje of kalmeringstabletje. Het valt niet te ontkennen dat benzodiazepinen op de korte termijn effectief zijn, maar doordat het gebruik niet regelmatig kritisch geëvalueerd wordt kan langdurig gebruik ontstaan. Dit wordt in de hand gewerkt door verslaving en gewoontevorming. Ondanks het feit dat er al bijna 30 jaar geleden werd er opgeroepen om het middel zo kort mogelijk te gebruiken zijn er op het moment ongeveer 600.000 langdurig gebruikers van benzodiazepinen.

Dit grootschalige, langdurige gebruik heeft kunnen ontstaan door een aantal factoren bij de arts en bij de gebruiker. De patiënt wil een 'quick fix' voor de klachten en de arts is door tijdsdruk al gauw bereid hier aan mee te werken. Bij de arts heeft het benzodiazepinegebruik vaak geen prioriteit; omdat de arts vaak geen tijd of kennis heeft om met complexe psychosociale vraagstukken om te gaan worden benzodiazepinen voorgeschreven als een snelle, effectieve oplossing voor slaap- en angstklachten. Na dit initiële voorschrijven is er weinig tot geen voortgangscontrole of reden voor kritische herevaluatie.

Aan de patiëntzijde zijn mensen zich vaak niet bewust van de verslavendheid en negatieve bijwerkingen van hun 'slaappil'. Zo kan langdurig gebruik – en dus het optreden

van afhankelijkheid – lange tijd onopgemerkt blijven. Het optreden van tolerantie bij het gebruik van benzodiazepinen zorgt er voor dat er een steeds hogere dosis ingenomen moet worden om hetzelfde effect te bereiken. Patiënten merken de verslavende effecten pas wanneer ze proberen het gebruik te minderen of te stoppen. Aangezien de onthoudingsverschijnselen soms sterk lijken op de klachten waarvoor benzodiazepinen in eerste instantie worden voorgeschreven (slaapproblemen, gevoelens van angst en spanning) is de verleiding groot om juist die middelen weer te gaan gebruiken waarvan de patiënt weet dat ze werken: de benzodiazepinen.

2.4 Ontmoediging van langdurig benzodiazepinegebruik

De Nederlandse overheid heeft als ontmoedigingsbeleid besloten om per 1 januari 2009 het gebruik van benzodiazepinen niet langer te laten vergoeden door zorgverzekeraars. De redenen die zij hiervoor gaf waren (Ministerie van VWS, 2008);

1. Het terugdringen en voorkomen van chronisch gebruik;
2. De verslavende werking van de medicijnen;
3. Het beperken van de kosten die het ongewenst chronisch gebruik met zich meebrengt.

Een uitzondering voor de vergoeding geldt voor een aantal medische aandoeningen zoals onderhoudsbehandeling bij epilepsie, de behandeling van angststoornissen waarbij eerdere behandeling met antidepressiva niet geslaagd is, behandeling van meervoudige psychiatrische problematiek met hoge doses benzodiazepinen en als palliatieve sedatie bij terminale zorg (NHG, 2009).

De onder punt 3 genoemde kosten van de benzodiazepinen bedroegen in 2008 circa 103 miljoen euro (CVZ, 2010). Er van uit gaande dat de meerderheid van de chronisch benzodiazepinegebruikers niet onder de uitzonderingsregel valt zou het het afschaffen van de vergoeding voor de overheid een besparing van tientallen miljoenen euro's opleveren. Een in New York ingevoerde overheidsmaatregel zorgde in ieder geval voor grote besparingen (Wagner et al., 2007).

In de praktijk zou deze afwenteling van deze kosten de gemiddelde gebruiker circa 12 – 16 euro per maand gaan kosten. De rol voor de overheid beperkt zich in dezen tot regelgeving; in de – overigens summiere – informatie die verstrekt werd door het ministerie

werden gebruikers doorverwezen naar apotheker, arts of verslavingszorginstelling voor hulp (Ministerie van VWS, 2008).

Om toch aanspraak te maken op vergoeding voor deze aandoeningen dient de arts een zogeheten B2-indicatie op het recept te vermelden. In het voorjaar van 2009 bleek echter het aantal recepten met een B2-indicatie sterk gestegen te zijn bij een aantal apotheken (persoonlijke communicatie, Rikie Elling, 2009). In de ondervraagde praktijk bleek zelfs dat vrijwel alle chronisch gebruikers inmiddels deze B2-indicatie op het recept hebben. Dit duidt er op dat patiënten actief op zoek gaan naar een manier om een B2-indicatie vermeld te krijgen, zodat het recept toch gratis is. Het effect van de overheidsmaatregel wordt hierdoor weer deels teniet gedaan. Daarnaast zorgt het voor een ondermijning van de B2-indicatie, die in eerste instantie bedoeld was om onderscheid te maken tussen de mensen die op medische indicatie benzodiazepinen vergoed zouden moeten krijgen en de chronische gebruikers voor wie in beginsel geen indicatie is.

2.4.1 Bestaande interventies

Er bestaan diverse programma's om chronische benzodiazepinegebruikers te helpen om hun benzodiazepinegebruik te minderen of geheel te stoppen. Er zijn vele programma's geweest om het gebruik van benzodiazepinen in te perken waarbij geprobeerd werd om in te grijpen bij zowel de regelgevende zijde (overheid) als bij de verstrekke (arts, apotheker) als bij de gebruikende zijde (patiënt). Hieronder wordt in het kort een beeld geschetst van de interventies die zijn toegepast om chronisch gebruik van benzodiazepinen terug te dringen.

Verstrekkeinterventies

Al vroeg in de jaren '80 vond er een succesvolle artsinterventie plaats om het voorschrijven van benzodiazepinen efficiënter te maken (Rosser et al., 1981). Er werden meer kortwerkende benzodiazepinen voorgeschreven en de gemiddelde behandelduur daalde. Toch is er in de tijd weinig vooruitgang geboekt: ruim twintig jaar later bleek in een onderzoek van Pimlott, Hux, Wilson, Kahak, Li & Rosser (2003) het aantal voorschriften niet significant te verminderen na een artsinterventie.

Artsen zijn ook mensen, en de intentie om patiënten voor te lichten over gebruik van benzodiazepinen wordt volgens onderzoek dan ook bepaald door gedragsdeterminanten zoals positieve of negatieve uitkomstverwachtingen en zelfeffectiviteit, waarbij de

uitkomstverwachtingen en zelfeffectiviteit verschillen voor artsen en apothekers. Zo blijken huisartsen zich vooral te laten leiden door de verwachte negatieve effecten van het afbouwen en de apothekers voornamelijk door de verwachte positieve effecten van het afbouwen (Ten Wolde, Dijkstra, van Empelen, Knuistingh Neven & Zitman 2008). Of apothekers zich per definitie meer inzetten op stoppen dan artsen is niet bekend; feit is wel dat de apotheker de gebruiker – in tegenstelling tot de arts – bij elke verstrekking contact heeft met de gebruiker.

Gebruikersinterventies

De meeste patiëntgerichte stopinterventies zijn gebaseerd op het aanbieden van informatie over de nadelige gevolgen van langdurig benzodiazepinegebruik. Hiernaast worden ook interventies aangeboden die relatief weinig inspanning vergen van (huis)artsen en patiënten. Deze interventies variëren van een minimale interventie (zoals een eenmalige stopbrief van de huisarts met informatie en een advies om te stoppen) tot een compleet begeleid afbouwprogramma met extra medicijnen en/of cognitieve gedragstherapie. Ook zijn er diverse combinaties van strategieën te vinden.

Omdat er bij langdurig gebruik van benzodiazepinen gewenning optreedt is het niet verstandig om in één keer te stoppen. Bij een afbouwprogramma neemt de patiënt een steeds lagere dosis in, totdat de dosis is afgebouwd tot nul. Deze afbouwperiode kan eventueel begeleid worden door een hulpverlener. Afhankelijk van het programma kan de afbouwduur variëren van vier weken tot enkele jaren (Lader, Tylee & Donaghue, 2009).

De effectiviteit van deze interventies, gemeten als abstinentie op een bepaald moment na het stoppen met benzodiazepinen, schommelt tussen de 14% en 55%. Meta-analyses van onder andere Lader et al. (2009), Oude Voshaar et al. (2006) en Parr et al. (2008) laten zien dat een systematisch afbouwprogramma in combinatie met cognitieve gedragstherapie op dit moment het meest effectief is. Onderzoeken onder succesvol afgebouwde gebruikers laten zien dat zij kwalitatief beter slapen, minder angst en stress ondervinden en zich over het algemeen gezonder voelen (Rickels, Schweizer, Case & Greenblatt, 1990; Belleville & Morin, 2008). Er was geen toename in huisartsbezoeken (Gorgels et al., 2008; Bashir, King & Ashworth, 1994) en werden er niet méér psychotrope medicijnen (bijvoorbeeld antidepressiva) voorgeschreven na het stoppen (Gorgels et al., 2007).

Sommige onderzoeken rekenen naast ‘gestopt zijn’ ook een afname in benzodiazepinegebruik als een ‘succes’. De uitkomstmaat van de interventie is niet bij ieder

onderzoek gelijk geformuleerd, waardoor definities van een ‘succesvolle’ interventie kunnen verschillen van onderzoek tot onderzoek. Een andere kanttekening is dat bij veel onderzoeken de deelname van patiënten wordt bepaald door de arts; de uit de groep benzodiazepinegebruikers wordt door de arts bepaald welke patiënten er wel of niet mee mogen doen met een stopproef. Voor sommige medische indicaties is dit buitengewoon belangrijk, maar het valt niet te ontkennen dat deze manier van proefpersonen werven gevoelig is voor effecten van selectie.

2.4.2 *Internet als medium voor interventies*

Gezien de zeer grote doelgroep en de soms ernstige bijwerkingen is er echter vraag naar een werkbare, effectieve interventie om chronisch benzodiazepinegebruik te verminderen. Zoals hierboven duidelijk gemaakt ligt het probleem niet eenzijdig bij de patiënt of de arts. Stoppen met het gebruik van benzodiazepinen is moeilijk vanwege de lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid die optreedt bij langdurig gebruik. Vaak is het gebruik een gewoontegedraging geworden na vele jaren. Veel mensen willen niet stoppen, ondanks de nadelen die aan het gebruik kleven – nadelen die men vaak niet ziet omdat ze na jarenlang gebruik niet meer weten hoe het is om zonder benzodiazepinen te leven.

De overheid heeft besloten om per 1 januari 2009 de ziektekostenvergoeding voor benzodiazepinen grotendeels te laten vervallen. Dit is de reden dat Tactus Verslavingszorg een online behandelprogramma heeft ontwikkeld om mensen stapsgewijs te laten stoppen met het gebruik van benzodiazepinen. Deze online interventie ligt in het verlengde van bestaande online verslavingsbehandelingen, zoals www.alcoholdebaas.nl en www.gokkendebaas.nl. Het voordeel van een internetbehandeling is dat de gebruiker er bij deze vorm van interventies niet fysiek naar een instelling voor verslavingszorg hoeft te gaan. Deze stap zou voor veel mensen met een ‘eenvoudig’ benzodiazepineprobleem wel eens te groot kunnen zijn, met als gevolg dat benzodiazepineverslaafden buiten bereik van de reguliere verslavingszorg blijven. De internetbehandeling www.alcoholdebaas.nl van Tactus Verslavingszorg lijkt in ieder geval wel een doelgroep te bereiken die tot nu toe buiten bereik van de reguliere verslavingszorg lag (Postel, de Jong & de Haan, 2005).

2.4.3 *Onderzoeksvragen*

Het moge duidelijk zijn uit voorgaande dat er maar weinig onderzoek gedaan is onder een 'naïeve' groep gebruikers die niet ingekaderd is in een bestaand stopprogramma. Het is echter ook belangrijk om te weten welke factoren een rol spelen om wel of geen hulp te zoeken bij het stoppen met benzodiazepinen. Dit is relevant omdat in voorgaande onderzoeken de doelgroep actief benaderd werd door onder andere apotheken en artsen. In tegenstelling tot een huisarts die een patiënt rechtstreeks uitnodigt om deel te nemen aan een programma ligt één van de uitdagingen voor een internetbehandeling in het identificeren en op de juiste manier benaderen van een relatief onbekende doelgroep die zich dan uit eigen beweging zal moeten aanmelden voor een behandeling. Concreet gaat bij een internetbehandeling om het identificeren (en vervolgens aanspreken) van de groep potentiële cliënten die wel geïnteresseerd zou zijn in een behandeling. Daarnaast is er natuurlijk ook een groep gebruikers die niet geïnteresseerd zou zijn in een behandeling. In de voorgaande paragrafen is uit de literatuur immers duidelijk geworden dat lang niet iedereen geïnteresseerd is in het afbouwen of stoppen met benzodiazepinen.

Het hoofddoel van dit onderzoek is dan ook om inzicht te verwerven in de groep chronisch benzodiazepinegebruikers; en meer specifiek in persoonlijkheidsfactoren, het benzodiazepinegebruik en de factoren die zouden kunnen leiden tot een stopintentie.

De hoofdonderzoeksvraag luidt daarom als volgt:

Wat zijn persoonlijkheidskenmerken en attitudes van chronisch benzodiazepinegebruikers en wat is de rol hiervan in hun intentie om te stoppen?

Deze onderzoeksvraag wordt onderverdeeld in twee onderdelen. Het eerste onderdeel betreft persoonlijkheidskenmerken en attitudes van de gebruikers, en het tweede onderdeel betreft een model om de intentie tot stoppen te voorspellen.

1. Wat zijn persoonlijkheidskenmerken en attitudes van chronisch benzodiazepinegebruikers?

De wetenschappelijke meerwaarde van dit onderzoek is het operationaliseren van een model wat deze stopintentie kan voorspellen aan de hand van de gemeten psychologische

variabelen. Deze hoofdvraag is in deze vorm echter zeer breed en is daarom uit methodologisch oogpunt vrijwel onmogelijk te operationaliseren. Om een goede toetsbaarheid te garanderen operationaliseren wij daarom de onderzoeksvraag vanuit zijn huidige vorm tot de volgende – toetsbare – vraag:

2. Welke factoren voorspellen de intentie tot stoppen met benzodiazepinen?

De toetsbare vraag zoals zojuist geformuleerd is nog steeds zeer breed. Dit geeft al aan dat het onderzoek een exploratief karakter heeft. Het is geïnspireerd door bestaande literatuur maar probeert hiernaast een zeer breed scala aan variabelen te gebruiken, zowel voor het opstellen van een voorspellend model als voor beschrijvende statistieken en inzichten in het doen en denken van de (gestopte) benzodiazepinegebruiker.

In de voorafgaande paragrafen werd al een aantal factoren genoemd waarvan uit de literatuur bekend was dat zij betrekking hebben op het (niet) gebruiken van benzodiazepinen. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is alleen het meten van deze variabelen niet genoeg: de variabelen zullen een theoretisch kader moeten krijgen om het onderzoek vorm te geven.

2.5 Theoretisch Kader

2.5.1 Bestaande inzichten en onderzoeken

Bestaand onderzoek is voornamelijk verricht tijdens een stopinterventie, en richt zich voornamelijk op de psychologische determinanten en de voorspellende factoren voor het succesvol stoppen van benzodiazepinegebruik, of op de invloed van persoonlijkheidskenmerken op de ernst van onthoudingsverschijnselen. Zo blijkt afbouwen moeilijker te zijn als de patiënt een hogere dosering gebruikt of hoger scoort op angstgevoeligheid ('anxiety sensitivity'). Hoogopgeleiden lijken meer bereid tot stoppen (Cook, Biyanova, Thompson & Coyne, 2007c). Succesvolle stoppers scoorden lager op neuroticisme, rapporteerden meer positieve gebeurtenissen en waren meer tevreden met de sociale steun die ze ontvingen (O'Connor, Marchand, Bélanger, Mainguy, Landry, Savard, Turcotte, Dupuis, Harel & Lachance, 2004). Zij scoorden hoger op self-efficacy (voor een uitleg van self-efficacy, en ze verwachtten minder nadelige gevolgen van het stoppen (ten

Wolde et al., 2005). Voor wat betreft onthoudingsverschijnselen en terugval ('relapse') bleken een hoge score op neuroticisme, passiviteit, afhankelijkheid en leedvermijdend gedrag een significante voorspellende waarde te hebben voor de ernst van de onthoudingsverschijnselen (O'Connor et al., 2004).

Voor wat betreft copinggedrag bij benzodiazepinegebruikers is er onderzoek gedaan naar copinggedrag en psychologische verschillen tussen patiënten die kortdurend of langdurend benzodiazepinen gebruiken. Langdurig gebruikers bleken vaker lager opgeleid, eenzamer en meer geneigd om een ontwijkend copinggedrag te hanteren dan kortdurend benzodiazepinegebruikers (Zandstra et al., 2004).

Op een enkele uitzondering na (Ten Wolde, Dijkstra, van Empelen, Knuistingh Neven & Zitman, 2008) is er echter vrijwel geen literatuur te vinden over psychologische determinanten in de fase vóór het besluit om te stoppen met het gebruik. In het bijzonder gaat het hier om een gebrek aan literatuur over de intentie om het gebruik (niet) te stoppen. Volgens Cook et al. (2007c) zijn de hoeveelheid ingenomen benzodiazepinen en angstgevoeligheid voorspellende variabelen zijn voor de bereidheid tot stoppen of afbouwen. In dat onderzoek wordt ook aangegeven dat meer inzicht in persoonlijkheidskenmerken van benzodiazepinegebruikers gewenst is. Op basis van bestaande literatuur is dus weinig duidelijk over de onderliggende redenen en persoonlijkheidskenmerken van langdurig benzodiazepinegebruik en de intentie om (niet) te stoppen.

2.5.2 Intentie om te stoppen met benzodiazepinen

Sommige gebruikers van benzodiazepinen beschouwen benzodiazepinen niet als een luxemiddel, maar als bittere noodzaak om goed te kunnen functioneren (Cook et al., 2007b). Voor deze mensen is de weerstand tegen het minderen of stoppen met benzodiazepinen groot. De nadelen – voor zover deze ervaren worden – lijken niet op te wegen tegen de voordelen. De perceptie is dat stoppen moeilijk is, en er is ook weerstand tegen een psychologische interventie. Dit komt wellicht voort uit de perceptie dat het minder 'erg' is wanneer een klacht wordt gezien als lichamelijk in plaats van een geestelijk probleem.

Uit onderzoek van Cook et al. (2007b) en Linden, Bär & Geiselman (1998) blijkt dat mensen vaak erg negatief reageren op het dreigende stoppen van 'hun' pillen. In het onderzoek van Linden et al. werden gebruikers die langere tijd een relatief lage dosis benzodiazepinen gebruikten gevraagd om drie weken te stoppen met hun medicijnen, als een

soort ‘medicijnvakantie’. Maar liefst 68,8% van de proefpersonen weigerde om tijdelijk te stoppen. Dit is een aanwijzing voor het optreden van afhankelijkheid zelfs bij lage doses.

Een andere illustratie van de onwilligheid van mensen om te stoppen met benzodiazepinen is een Nederlands onderzoek. Gorgels et al. (2007) vroegen 1707 langdurig gebruikers die er na een stopbriefinterventie niet in geslaagd waren om te stoppen gevraagd om te participeren in een afbouwprogramma met en zonder psychotherapie. Slechts 9% wilde hier aan meewerken. Dit roept vragen op over het mogelijke demotiverende effect van de mislukte eerdere stoppoging na de stopbrief.

2.5.3 *Slaap, stress en neuroticisme*

Het gebruik van benzodiazepinen kan op korte termijn voor verlichting van slaap- en angstklachten zorgen, maar het lost oorzaken van slaap- en angstklachten niet op. Onderliggende oorzaken van deze klachten kunnen onder andere stress en depressieve klachten zijn (Lader, 1999). Het is vaak moeilijk om bij een slaap- of angststoornis een primaire oorzaak aan te wijzen. Wat veroorzaakt een angst- of slaapstoornis, en veroorzaakt deze angst- of slaapstoornis weer andere symptomen? Het is goed mogelijk dat alleen aan de oppervlakte liggende symptomen bestreden worden met benzodiazepinen, terwijl de onderliggende oorzaken onberoerd blijven. Zoals Tiller treffend schreef:

“Some of the patients may have been receiving the wrong treatment - insomnia may be a symptom of depression, which is better treated with antidepressants than benzodiazepines” (Tiller, 1994, p.3).

Deze observatie gaat niet alleen op voor depressie, maar kan voor veel andere onderliggende problematiek gelden, zoals stress. Stress kan zowel de vorm van acute stress aannemen, bijvoorbeeld een ‘major life event’ zoals het overlijden van een dierbare of een echtscheiding, maar het kan ook een chronische aard hebben zoals slechte huisvesting of een te laag inkomen, allebei indicatoren van een lage socio-economische status (SES). Uit een grootschalig Brits onderzoek (N = 8578) blijkt dat zelfgerapporteerde slaapproblemen relatief vaker voorkomen bij werklozen en mensen met een lagere opleiding. Vrouwen rapporteerden ook significant meer slaapproblemen dan mannen, en alleenstaanden en weduw(nar)en rapporteerden meer slaapproblemen dan getrouwde mensen. Over het algemeen blijkt er een sterke positieve associatie te zijn tussen een lage SES en zelfgerapporteerde slaapproblemen

(Arber, Bote & Meadows, 2009), en tussen een lage SES en chronisch slaaptekort in het algemeen (van Cauter & Spiegel, 2002).

Tot slot is het goed om te vermelden dat slaapproblemen veelal subjectief zijn. Als de subjectieve klachten niet leiden tot een verstoring van het dagelijks functioneren, wordt er in medisch opzicht niet gesproken van een slaapstoornis. In dit geval is het voorschrijven van een benzodiazepine niet geïndiceerd (Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik [DGV], 2005). Veel mensen hebben onrealistische verwachtingen of onjuiste voorstellingen van een ‘normaal’ slaappatroon. Niet iedereen behoeft aan acht uur slaap per dag. Naarmate de jaren vorderen heeft men minder behoefte aan slaap. Ook hebben ouderen van nature een ander slaappatroon, en door weinig activiteit en dutjes overdag kan de slaapbehoefte ’s nachts nog verder afnemen.

2.5.4 Coping

De manier hoe men met stress omgaat noemt men copinggedrag. Dit gedrag is, op een enkel onderzoek na, onderbelicht gebleven in de literatuur over het afbouwen of stoppen met benzodiazepinen. Het onderscheid passief / actief copinggedrag verwijst naar de algemene tendens om een probleem al dan niet actief op te lossen. Vermijdend (passief) copinggedrag is gerelateerd aan hoger en langduriger benzodiazepinegebruik (Zandstra et al., 2004). Het is denkbaar dat het hanteren van vermijdend copinggedrag zowel een primaire als een secundaire invloed heeft op benzodiazepinegebruik. In eerste instantie kan dit gebeuren door het niet goed om kunnen gaan met bijvoorbeeld een stressvolle levensgebeurtenis, zoals het overlijden van een echtgenoot (primaire invloed). Ongepast of niet productief (‘maladaptief’) copinggedrag in een dergelijke omstandigheid kan leiden tot ziekte en een heel scala aan perifere symptomen zoals stress en depressie, welke weer (in)direct kunnen zorgen voor slaapproblemen. Spanning en copingvaardigheden spelen een belangrijke mediërende invloed tussen stress en slaap (Morin et al., 2003; Sadeh, Keinan & Daon, 2004)

Verder zou in tweede instantie maladaptief copinggedrag kunnen zorgen dat er niet adequaat omgegaan wordt met de gevolgsymptomen zoals slaap- en angstproblemen die optreden en dat er voor een ‘gemakkelijke’ farmacologische oplossing wordt gekozen, zoals slaapmiddelen (secundaire invloed).

Omgekeerd kan productief copinggedrag ook helpen bij het succesvol stoppen met benzodiazepinen en het omgaan met onthoudingsverschijnselen. Er wordt dan ook gesuggereerd dat interventies die de cognitieve, affectieve en gedragsaspecten van coping aanmoedigen waarschijnlijk succesvoller zullen zijn dan interventies die dit niet doen (Bish, Golombok, Hallstrom & Fawcett, 1996). Hiernaast kan de chronische stress ondervonden door mensen met lage SES (bijv. financiële problemen, een slechte leefomgeving) het ook moeilijker maken voor deze mensen om te stoppen (Cook, Biyanova, Thompson & Coyne, 2007c). Met goede copingstrategieën is aan de basis van het probleem niets te doen, maar het zou mensen wel kunnen helpen in het omgaan met de stress die het probleem met zich meebrengt.

Volgens Morin, Rodrigue & Ivers (2003) is het ook niet zozeer de ernst van deze stressvolle gebeurtenissen maar de manier hoe mensen er mee omgaan (coping) en het subjectieve gevoel controle te hebben over deze gebeurtenissen die voor stressgerelateerde slaapproblemen zorgt. Zij raden dan ook aan om in cursussen tegen slaapproblemen productieve copingstrategieën aan te leren om met stressvolle gebeurtenissen om te kunnen gaan. Als de patiënt goede, actieve copingstrategieën leert kan hij of zij beter omgaan met stressvolle gebeurtenissen in het leven, en zal de patiënt minder gauw de neiging hebben om terug te vallen in benzodiazepinegebruik. Copingstrategieën worden op deze wijze een alternatief voor de benzodiazepinen.

2.5.5 *Self-efficacy en normatieve invloed*

Self-efficacy

Self-efficacy of zelfwerkzaamheid is het geloof dat iemand heeft dat hij of zij in staat is om gedrag te vertonen wat nodig is om een bepaald doel te bereiken (Larsen & Buss, 2002). Dit concept is niet, zoals neuroticisme, een brede, onderliggende persoonlijkheidseigenschap die over een langere tijd stabiel blijft; het is situatiespecifiek en gericht op specifiek gedrag. In de context van dit onderzoek gaat het om het specifieke geloof dat men in staat is gestopt te blijven als de omstandigheden tegenzitten (analoog aan Ajzen, 2006 en Francis et al., 2009). Dit begrip lijkt sterk op gedragscontrole, het verschil is echter dat bij dit construct vooruit gekeken wordt naar een situatie waar de respondent hypothetisch gestopt is. Specifiek in de context van stoppen met benzodiazepinen gaat het om inschatting

van de respondent hoe groot de waarschijnlijkheid dat de respondent gestopt kan blijven met benzodiazepinen in een aantal lastige situaties.

Normatieve invloed

De benzodiazepinen worden in de regel voorgeschreven door een arts. Uit de literatuur werd duidelijk dat de arts dit vaak als snelle oplossing doet, en dat de gebruiker dit als snelle oplossing graag aanneemt. De gebruiker stelt relatief weinig vragen bij het besluit om benzodiazepinen in te gaan nemen voor het probleem (Anthierens et al., 2007b; Cook et al., 2007b). Naast adviezen en informatie van de arts staat er relevante informatie over het gebruik in de bijsluiters van de benzodiazepinen. Dit roept vragen op in hoeverre de gebruiker waarde hecht aan de mening en informatie van de arts, en de informatie die in de bijsluiter te vinden is. Het is mogelijk dat de gebruiker een hogere stopintentie heeft als hij of zij meer waarde hecht aan de informatie van de arts of de bijsluiter.

Neuroticisme

Verbonden met coping is neuroticisme. Dit is één van de vijf persoonlijkheidskenmerken uit de 'Big Five', een algemeen geaccepteerd model van vijf persoonlijkheidstrekken (Larsen & Buss, 2002). Het woord 'neuroticisme' heeft een negatieve connotatie, een neuroot is immers iemand die aan een psychische stoornis lijdt. Er bestaan diverse andere namen voor neuroticisme zoals emotionele instabiliteit en negatieve affectiviteit (Watson & Clark, 1984). Mensen die hoog scoren op de persoonlijkheidskenmerk neuroticisme zou men kunnen beschrijven als humeurig, emotioneel instabiel, angstig, pessimistisch of depressief. In een interessant onderzoek van Larsen (1985) werd aan proefpersonen gevraagd of zij een dagboek van (kleine) lichamelijke klachten en ongemakken bij wilden houden. Na een periode werd ze gevraagd om aan te geven hoe vaak ze in die periode last hadden gehad van die symptomen. Het bleek dat respondenten die hoog scoorden op neuroticisme niet alleen meer symptomen hadden opgeschreven vergeleken met de controlegroep, maar dat zij bij het herinneren er nog een schepje bovenop deden en nog meer symptomen rapporteerden dan zij zelf hadden opgeschreven – dit in tegenstelling tot de 'stabiele' proefpersonen die laag scoorden op neuroticisme. Dit sterke bewust zijn van symptomen is typisch voor mensen die hoog scoren

op neuroticisme en is daarom interessant voor slaap- en angstklachten: mensen die hoog scoren op neuroticisme zullen dus eerder deze klachten rapporteren.

Voor wat betreft de neuroticisme gaf de literatuur aan dat gebruikers die hoger scoren op neuroticisme ook ernstigere ontwenningsverschijnselen rapporteren. Een lagere score zou dan weer gerelateerd zijn aan een hogere kans op succesvol stoppen. Volgens Cook et al. (2007c) is angstgevoeligheid ('anxiety sensitivity') een voorspellende factor voor een stopintentie. Angstgevoeligheid hangt positief samen met neuroticisme, en hoewel het precieze verband tussen beide begrippen nog niet duidelijk is, kan aangenomen worden dat neuroticisme aan de basis staat van angstgevoeligheid (Hong, 2009). Een hoge score op neuroticisme bleek ook een rol te spelen in terugval en het ervaren van ontwenningsverschijnselen bij het stoppen met benzodiazepinen (Schweizer, Rickels, De Martinis, Case & García-España, 1998; O'Connor et al., 2004).

2.5.6 Attitudes ten opzichte van stoppen

Gedragsattitudes zijn de houdingen die de gebruikers hebben ten aanzien van hun benzodiazepinegebruik. Interessant is het om te zien of zij zich bijvoorbeeld schamen voor hun gebruik of er juist totaal geen problemen mee hebben. De attitude ten aanzien van stoppen – of doorgebruiken – hoort hier ook bij. De attitude kan zowel positief als negatief zijn: iemand kan positief tegenover stoppen met benzodiazepinen staan maar kan er ook negatief tegenover staan.

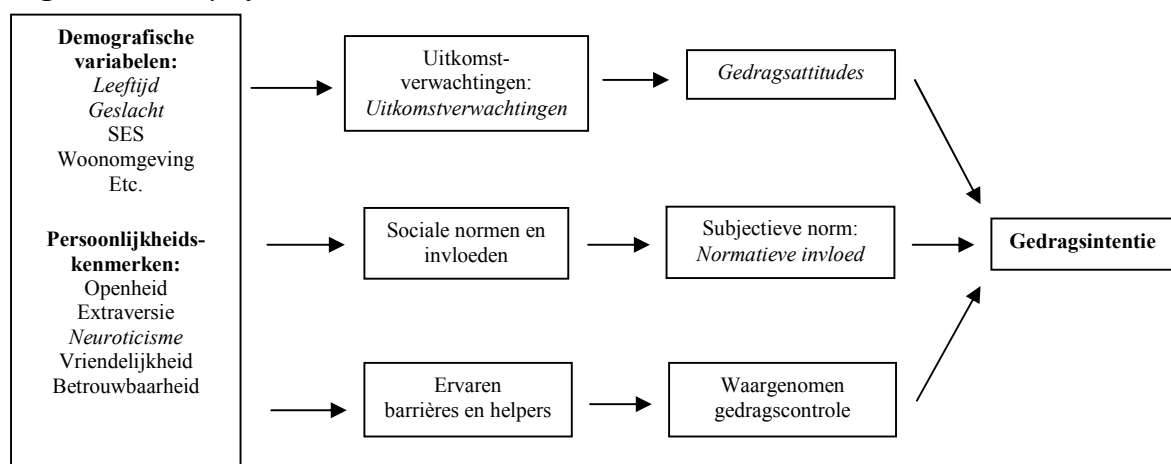
2.5.7 Theory of Planned Behaviour

Eerder werd gerefereerd aan persoonlijkheid, attitudes, subjectieve controle, SES en uitkomstverwachtingen die van invloed zijn op de intentie om te stoppen met benzodiazepinegebruik. Veel van deze elementen worden vertegenwoordigd in de Theory of Planned Behaviour [TPB] (Ajzen, 1991). De TPB is een model wat probeert inzicht te geven in de factoren die leiden tot het uitvoeren van een bepaald gedrag en het uitvoeren van dit (intentionele) gedrag te voorspellen. In dit model is intentie de directe aanleiding tot het uitvoeren van een gedrag.

Voor het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag wordt gebruik gemaakt van een aantal elementen uit de Theory of Planned Behaviour. De theoretische constructen die binnen de TPB leiden tot gedragsintentie zijn interessante aanknopingspunten voor dit

onderzoek. Het testen van het volledige model zou een zeer bewerkelijk project zijn. Een aantal aspecten overlappen ook met de persoonlijkheidskenmerken. Daarom worden uit de Theory of Planned Behaviour een aantal aspecten gelicht die relatief eenvoudig te meten zijn. In figuur 1 is de TPB schematisch weergegeven. In cursief zijn aangegeven de constructen die gebruikt worden in dit onderzoek.

Figuur 1 *Theory of Planned Behaviour*¹



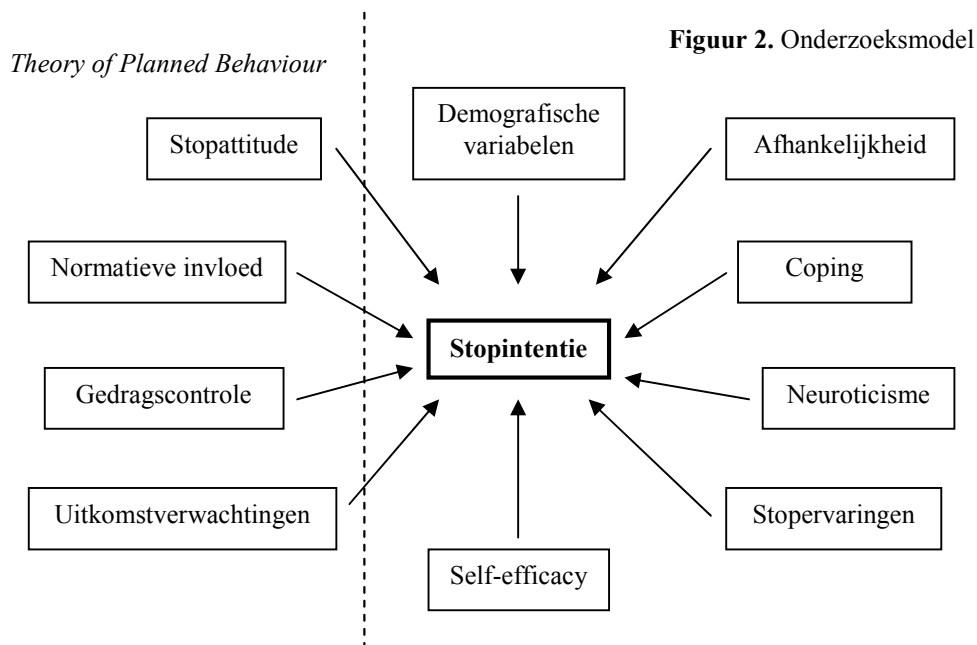
2.6 Samenvatting theoretisch kader

Samenvattend kan men stellen dat langdurig gebruikers van benzodiazepinen overwegend ouder en vrouwelijk zijn, vaker alleenstaand, en laag opgeleid zijn en/of met een lagere socio-economische status hebben. Vaak is er chronische stress in het spel en heeft men onrealistische verwachtingen van slaap. Coping speelt een centrale rol in zowel de omgang met stressvolle gebeurtenissen, de kwaliteit van slapen en het gebruiken van benzodiazepinen, en aangeleerde productieve copingstrategieën kunnen gestopte gebruikers helpen om te gaan met stressvolle gebeurtenissen zodat ze niet terug vallen in benzodiazepinegebruik. De medicijnen zijn vaak ooit voorgeschreven als symptoombestrijding voor dieper liggende psychosociale problemen en de kennis van de gebruiker over benzodiazepinen is beperkt. De gebruiker laat de beslissing voor het gebruiken van benzodiazepinen graag over aan de voorschrijvende arts. Er is vaak veel weerstand om te stoppen, ook bij lagere doses.

¹ Het oorspronkelijke model van Ajzen is hier om redenen van relevantie aangepast. Zo is onder andere het verband tussen gedragsintentie en daadwerkelijk vertoond gedrag niet afgebeeld.

2.7 Onderzoeksmodel

De eerder genoemde factoren samenvoegend is in figuur 2 het onderzoeksmodel schematisch weergegeven. Aan de linkerzijde van de stippellijn zijn de constructen die uniek zijn voor de Theory of Planned Behaviour aangegeven. Omdat er geen causale verbanden verondersteld worden tussen de constructen onderling – zoals dit bij de Theory of Planned Behaviour wel het geval is – wordt elk construct afzonderlijk gezien als voorspeller van stopintentie. Deze constructen zullen gebruikt worden om een antwoord te geven op onderzoeksvraag 2: “welke factoren voorspellen de intentie tot stoppen met benzodiazepinen?”



3. Methode

3.1 Operationalisatie en procedure

Voor het in kaart brengen van de in §2.5 genoemde variabelen is gekozen om via het internet een vragenlijst te verspreiden. Het voordeel van verspreiding via het internet is dat er op deze wijze een zeer grote doelgroep bereikt kan worden tegen minimale tijdsbesteding en minimale kosten. De betrouwbaarheid van onderzoeksgegevens van een internetvragenlijst hoeven niet onder te doen voor traditionele papieren vragenlijsten (Carlbring, Brunt, Bohman, Austin, Richards, Öst & Andersson, 2007; Gosling, Vazire, Srivastave & John, 2004). Hiernaast kunnen onderzoeksgegevens geautomatiseerd verwerkt worden, wat handmatige scoring en registratie van testcores overbodig maakt. Voor eenvoudige communicatie en verwijzing naar de website werd het domein www.benzo-onderzoek.nl geregistreerd.

Als surveysoftware is gebruik gemaakt van het pakket van Surveymonkey.com. Uit eerdere ervaringen is gebleken dat deze software eenvoudig werkt, goed integreerbaar is met SPSS en een eenvoudige, aantrekkelijke grafische omgeving biedt voor de vragenlijst. De oorspronkelijke bedoeling om een Google Analytics-campagne te integreren in de vragenlijst kon helaas niet rekenen op medewerking van de hosting provider. Hierdoor is geen inzicht in hoeveel mensen de website in totaal bezocht hebben en van welke verwijzende website ze komen.

3.2 Respondenten

Deelnemers voor deze vragenlijst werden grotendeels geworven door oproepen te plaatsen op diverse websites, fora en overige sites. Naast de eigen webpagina's van Tactus Verslavingszorg (www.tactus.nl, www.benzodebaas.nl) waren hieronder diverse sites voor ouderen zoals www.seniorenweb.nl, www.anbonet.nl en www.50pluspunt.nl, www.seniorencafe.nl en www.seniorplaza.nl. Ook werd er een oproep geplaatst op diverse slaapgerichte websites zoals www.insomnie.org, www.leren slapen.nl en www.slaapproblemen.org. Ook werd er op een forum voor recreatieve gebruikers van diverse drugs (www.dhpforum.nl) een oproep geplaatst, en werden er op diverse Hyves-pagina's op het gebied van slaap- en angststoornissen oproepen geplaatst. De vragenlijst was geopend van 17 juli 2009 tot en met 22 oktober 2009.

Ook werden een aantal apotheken aangeschreven met de vraag of zij bereid waren om een aantal flyers (zie bijlage 3) met een verwijzing naar www.benzo-onderzoek.nl in de apotheek te plaatsen. Van de 48 willekeurig aangeschreven apotheken reageerden er 6 (12,5%), waarvan er 4 medewerking toezegden (8,3%).

Voor deelname aan de vragenlijst zijn vooraf geen exclusiecriteria geformuleerd. Door de aard van respondentenwerving via het internet treedt zelfselectie op. Dit zal waarschijnlijk geen representatieve steekproef opleveren van de gehele populatie Nederlandse benzodiazepinegebruikers. Dit hoeft dit echter geen belemmering te zijn, omdat dit een doelgroeponderzoek is onder potentiële gebruikers voor een internetbehandeling. Er kan zelfs gesteld worden dat deze manier van werven een representatieve afspiegeling is van de doelpopulatie zal zijn. De vragenlijst werd gericht aan benzodiazepinegebruikers met of zonder stopintentie, en aan voormalig gebruikers.

3.3 Meetinstrumenten

In de volgende secties worden de meetinstrumenten om de twee onderzoeksvragen te beantwoorden toegelicht. De meetinstrumenten worden niet besproken in de chronologische volgorde waarin ze aan de respondenten werden voorgelegd; ook werden bepaalde delen niet door alle respondenten ingevuld. Het is bijvoorbeeld niet nodig dat een respondent die nog nooit een stoppoging ondernomen heeft een vragenlijst invult over ontwenningverschijnselen bij een stoppoging. Het stroomdiagram in bijlage 1 is een chronologische, schematische voorstelling van het verloop van een respondent door de vragenlijst. Daar waar geen expliciete bestaande vragenlijst vermeld is zijn de vragenlijstitems geconstrueerd door de onderzoeker. Hierbij is inspiratie opgedaan in diverse bestaande onderzoeken, met name ten Wolde et al. (2005) en van Hulten et al. (2001, 2003). Geen enkel item is echter geheel of gedeeltelijk letterlijk overgenomen. Voor wat betreft de constructen die ontleend zijn aan de Theory of Planned Behaviour is inspiratie opgedaan in Ajzen (2006) en Francis et al. (2009).

3.3.1. Onderzoeksvraag 1: persoonlijkheidstrekken

Demografische variabelen

De demografische variabelen werden gemeten door vragen over geslacht, leeftijd, woonsituatie, opleiding, dagbesteding en het al dan niet hebben van een vast dagritme. De categorieën werden vastgesteld aan de hand van de huidige categorieën in het onderwijs (basisschool, VBO, HAVO, VWO, HBO, WO). Gezien het feit dat er relatief veel oudere mensen de vragenlijst in zouden kunnen vullen werden ook de vergelijkbare opleidingen uit het verleden aan toegevoegd (bijv. MULO, Handelsschool, etc.). De categorieën van de dagbesteding werden overgenomen van het ontwikkelteam van Benzodebaas.nl.

Meten van slaapkwaliteit

De kwaliteit van nachtrust is meer dan alleen het aantal uren slaap wat iemand per dag krijgt. Iemand kan aan zes uur per nacht voldoende hebben, maar anderen moeten voor hun gevoel minimaal acht uur slapen om te kunnen functioneren. Er is dan ook geen ‘optimaal’ aantal uren waarbij iedereen zich goed voelt, en het aantal uren slaap is niet de enige factor die van belang is bij een goede nachtrust. Beoordeling van de slaapkwaliteit is daarom een subjectieve beleving van diverse aspecten van de slaap. Daarom werd aan de respondenten gevraagd om enkele gegevens over hun slaapgewoonten en de beoordeling van hun slaapkwaliteit te beantwoorden.

In vier vragen werd gevraagd om de tevredenheid over de duur, diepte en het moment van inslapen en ontwaken te beoordelen (5-puntsschaal; ‘zeer ontevreden – zeer tevreden’), het aantal uren slaap ’s nachts en overdag in te vullen, en een globaal rapportcijfer (1-10) aan de slaap te geven.

Hierna volgden zes stellingen over de slaap, beantwoord op een 5-punts Likertschaal. Het doel van deze vragen was om een indruk te krijgen van de houding van de respondent ten opzichte van de slaap. Naast de tevredenheid over de aspecten die puur over de slaap zelf gaan, probeerden deze de houding ten opzichte van de slaap te meten. Voorbeelden van deze vragen zijn ‘het duurt niet lang voordat ik in slaap val’ en ‘als ik niet minimaal 8 uur per dag slaap, functioneer ik niet’.

Voor- en nadelen van gebruik

Voor de internetbehandeling Benzodebaas.nl is een lijst met voor- en nadelen opgesteld door het ontwikkelteam. Deze lijst wordt gebruikt in de behandeling om cliënten de voor- en nadelen van hun benzodiazepinegebruik tegen elkaar af te wegen, en op de

homepage van de website zodat potentiële cliënten zich in deze voor- en nadelen kunnen herkennen. Uit deze lijst werd door de onderzoeker een selectie gemaakt van de – naar zijn mening – 23 meest voor de hand liggende voordelen en 23 meest voor de hand liggende nadelen. De voordelen werden aan de respondenten voorgelegd. Er werd verzocht om uit deze lijsten een top drie samen te stellen. Tevens kregen zij de mogelijkheid om een ‘overig’ voordeel of nadeel in te vullen, en dit eventueel toe te lichten.

Aanleiding van gebruik

Om te bepalen of het benzodiazepinegebruik getriggerd werd door een bepaalde gebeurtenis kon de respondent kiezen uit een lijst met zogeheten 'major life events' zoals 'chtscheiding', 'ongeval of ziekte', 'overlijden van partner', 'ontslag' et cetera. Deze lijst is gebaseerd op het onderzoek van Chamberlain & Zika (1990, geciteerd in Marks, 2000). Ook kon de respondent ad lib een gebeurtenis invullen.

Details over benzodiazepinegebruik

Respondenten werd vervolgens gevraagd om aan te geven welk middel ze gebruiken of gebruikt hebben. Respondenten konden twee verschillende middelen invoeren. Omdat benzodiazepinen vaak op de markt gebracht worden onder zowel de stofnaam als één of meerdere merknamen, is er een enorme combinatie van middelen en sterkten. Omdat er niet aangenomen kon worden dat de respondent bekend is met alle stofnamen en synoniemen van de benzodiazepine die hij of zij gebruikt moesten alle mogelijke namen opgenomen worden in de lijst. Hieraan gekoppeld waren de diverse sterktes per tablet die vaak per stof verschillen, die kunnen variëren van 0,25 mg (alprazolam) tot en met 50 mg (Oxazepam). Om deze grote hoeveelheid informatie overzichtelijk en combineerbaar te houden werd gebruik gemaakt van een zogeheten drop-down menu. Hierin verscheen een lijst van mogelijke middelen (zowel stofnamen als merknamen) en verschillende sterktes die voor kunnen komen bij de verschillende middelen. Technisch was het niet mogelijk om hier een automatische koppeling tussen te maken. Dit betekent dat een respondent ook niet-bestaande combinaties tussen een stof en de sterkte kon selecteren, zoals bijvoorbeeld 50mg alprazolam. Zulke resultaten werden handmatig uit de resultaten gescreend.

In SPSS werden de merknamen omgezet naar stofnamen en aan de hand van een conversietabel (Oude Voshaar et al., 2003) worden de doses van de verschillende middelen

omgerekend naar overeenkomstige milligrammen Diazepam, de zogeheten diazepam-equivalenten. Als iemand bijvoorbeeld 2 tabletten Oxazepam van 20mg invoerde komt dit overeen met 40mg, vermenigvuldigd met de omrekenenheid van Oxazepam naar Diazepam (in dit geval 0,3). De respondent heeft in dat het equivalent van $40 \times 0,3 = 12\text{mg}$ Diazepam binnengekregen. Op deze manier konden de respondenten onderling vergeleken worden, ongeacht welk middel en hoeveel daarvan zij gebruiken. Een alternatieve rekeneenheid is de zogenaamde DDD, oftewel ‘defined daily dose’. Deze eenheid gaat uit van de gemiddelde dagelijkse inname voor een bepaalde indicatie zoals vastgesteld door de WHO. Omdat de bestaande literatuur vrijwel allemaal met equivalenten Diazepam werkt is besloten om die manier van rekenen aan te houden.

Stoptips

Daarna volgden vijf open invulvelden (facultatief) waarin de respondenten gevraagd werd om een hypothetische vriend(in) een aantal tips te geven om te stoppen, en twee invulvelden om de barrières en helpende factoren bij het stoppen te beschrijven. Tot slot volgde de mogelijkheid om eventuele opmerkingen over de vragenlijst in te vullen of te e-mailen naar de onderzoeker.

3.3.2. Onderzoeksvraag 2: voorspellingsmodel

Bepalen van de stopintentie

De te voorspellen variabele in het onderzoeksmodel is de stopintentie. De intentie om te stoppen werd gemeten met één item: ‘Bent u van plan om te stoppen met benzo’s?’. Hoewel de stopintentie in dit onderzoek wordt voorgesteld door een dichotome ‘ja/nee’-vraag is het zeer waarschijnlijk dat deze intentie in werkelijk een glijdende schaal is met allerlei verschillende niveaus tussen een beslist ‘ja’ of een beslist ‘nee’. Daarom is er niet gekozen voor een ja/nee antwoord om respondenten met een niet al te sterke stopintentie niet te dwingen om een vaststaand antwoord te geven. Er is gekozen voor de antwoordmogelijkheden ‘nee’, ‘weet nog niet’ en drie ‘ja’-mogelijkheden met oplopende termijn; ‘ja, binnen een maand’, ‘ja, binnen een half jaar’ en ‘ja, maar voorlopig nog niet’. Hierdoor zal een respondent met een zeer vage of onduidelijke stopintentie zich niet verplicht voelen om te committeren aan een definitief ‘ja’ of ‘nee’.

Om te onderzoeken of tijdelijk stoppen met benzodiazepinen bespreekbaar was, werd analoog aan het onderzoek van Linden, Bär en Geiselmann (1998) gevraagd of zij er wel of niet mee in zouden stemmen als de arts van de respondenten zou voorstellen om gedurende een maand geen benzodiazepinen meer zou gebruiken.

Metten van self-efficacy in stopgedrag

Self-efficacy werd gemeten in een specifieke context; te weten de context van het volhouden van stopgedrag op het moment dat de respondent een stoppoging zou ondernemen. Respondenten worden daarom een aantal stellingen voorgelegd die specifiek te maken hebben met hun waargenomen zelfeffectiviteit op het moment dat zij hypothetisch gestopt zouden zijn. Deze stellingen hebben te maken met twee soorten moeilijke situaties, zoals mogelijke terugkeer van symptomen of klachten ('Ik kan stoppen met benzo's ook als ik al een tijd slecht slaap') maar ook met niet-lichamelijke aspecten van het stoppen. Een voorbeelditem hiervan is: 'Ik kan stoppen met benzo's ook als niemand mij daar in steunt'. Deze vragen worden beantwoord op een 5-punts Likertschaal. Om te onderzoeken of het verschil in deze twee factoren ook correct is wordt er een factoranalyse uitgevoerd op de gegevens.

Coping

Een van de meest bekende meetinstrumenten en best gedocumenteerde vragenlijsten voor coping is de Utrechtse Copinglijst (Schreurs, van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1993). Deze vragenlijst is verkort van 47 vragen tot 15 vragen voor dit onderzoek, omdat de volledige UCL de gehele vragenlijst te lang zou maken. Over de validiteit en betrouwbaarheid van de verkorte UCL zijn geen gegevens gevonden. De COTAN-beoordeling (1994) voor de volledige UCL is 'voldoende' voor begripsvaliditeit en betrouwbaarheid. De normering wordt als 'onvoldoende' beschouwd (Nederlands Instituut van Psychologen, 2009)². Mede hierom is er voor gekozen de scores niet te normeren aan de hand van de normscores van de volledige UCL, en deze alleen te gebruiken voor het

² De normering wordt als 'niet representatief' beschouwd omdat deze is gekozen uit groepen zoals 'NS-medewerkers', waarvan slechts 4,4% vrouw was (n = 1200). Gezien de oververtegenwoordiging van vrouwen in het onderhavige onderzoek is er, gezien de negatieve beoordeling door de COTAN en de geringe representativiteit, voor gekozen geen normering van de vUCL op basis van normgegevens van de volledige UCL uit te voeren maar de ruwe testcores aan te houden.

onderling vergelijken van respondenten. De verkorte UCL bestaat uit 15 items die gescoord worden op een 5-puntsschaal. Binnen deze 15 items worden 4 schalen aangeduid (Schreurs et al., 1993):

Actieve aanpak: de situatie rustig van alle kanten bekijken, de zaken op een rijtje zetten; doelgericht en met vertrouwen te werk gaan om het probleem op te lossen.

Palliatieve reactie: afleiding zoeken en zich met andere dingen bezighouden om niet aan het probleem te hoeven denken; proberen zich wat prettiger te voelen door te roken, te drinken of zich wat te ontspannen.

Vermijden / afwachten: de zaak op zijn beloop laten, de situatie uit de weg gaan of afwachten wat er gaat gebeuren.

Sociale steun zoeken: het zoeken van troost en begrip bij anderen; zorgen aan iemand vertellen of hulp vragen.

Neuroticisme

Eén van de meest gebruikte en bekende vragenlijsten om persoonlijkheidstrekken van de Big Five te meten is de NEO-PI-R van Costa en McCrae. Om de lengte van de vragenlijst te beperken is gekozen voor de verkorte vorm van de NEO-PI-R, de NEO-FFI. Uit deze verkorte versie is de subschaal ‘neuroticisme’ van de NEO-FFI geselecteerd, in de Nederlandse vertaling van Hoekstra, Ormel en de Fruyt (1996). Deze bestaat uit 12 vragen die op een 5-punts Likertschaal beantwoord worden. Deze subschaal bestaat in de volledige NEO-PI-R uit de facetten angstigheid, vijandigheid, depressie, zelfbewustzijn, impulsiviteit en kwetsbaarheid. De ruwe somscores werden genormeerd aan de hand van normlijst B2 (researchcontext) op basis van drie leeftijdsgroepen. Daarna werden de genormeerde scores omgezet naar stanines, een standaardverdeling met 9 categorieën waarbij het gemiddelde bij een normale verdeling per definitie op 4,5 ligt.

De validiteit, betrouwbaarheid en normering van NEO-FFI zijn in 1999 als ‘voldoende’ beoordeeld door de COTAN (Nederlands Instituut van Psychologen, 2009).

Afhankelijkheid en problematisch gebruik

Al zeer snel na het vermoeden dat benzodiazepinen verslavend werken werden er vragenlijsten ontwikkeld om de ernst van deze verslaving te meten (zie bijvoorbeeld Merz & Ballmer, 1983; Busto, Sykora & Sellers, 1989). Een aantal recente, goed gedocumenteerde

vragenlijsten om afhankelijkheid en ontwenningsverschijnselen van benzodiazepinen te meten zijn de BWSQ (Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire, Tyrer, Murphy & Riley, 1990), de BENDEP-SRQ (Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire, Kan et. al., 1992) en de BDEPQ (Benzodiazepine Dependence Questionnaire, Baillie, 2001).

In dit onderzoek wordt voorkeur gegeven aan de BENDEP-SRQ, omdat deze als enige vragenlijst in het Nederlands is opgesteld en dus niet vertaald hoeft te worden. De opzet van deze vragenlijst is eenvoudig, en in tegenstelling tot de BWSQ beoogt de BENDEP niet alleen ontwenningsverschijnselen maar ook afhankelijkheid te meten.

De BENDEP-SRQ bestaat uit 15 vragen over het gebruik en 5 vragen over onthoudingsverschijnselen, en meet hiermee vier verschillende facetten van benzodiazepineafhankelijkheid.

Deze facetten zijn problematisch gebruik (PG), ofwel in hoeverre de gebruiker zijn of haar gebruik als problematisch ervaart, preoccupatie (PO), ofwel hoezeer de gebruiker bezig is met het beschikbaar hebben en verkrijgen van het middel, gebrek aan therapietrouw (GT) en onthoudingsverschijnselen (ONT). De laatste categorie vragen wordt logischerwijs alleen ingevuld door respondenten die bezig zijn met een stoppoging of ooit een stoppoging ondernomen hebben.

Voorbeelditems voor deze vier subschalen zijn respectievelijk; “de benzodiazepinen brengen mij in de problemen”, “ik ben in gedachten veel met benzodiazepinen bezig”, “ik haal eerder dan afgesproken een nieuw recept” en “[toen ik stopte met het gebruik van benzodiazepinen had ik last van] prikkelbaarheid”.

De antwoorden worden op een 5-punts Likertschaal gegeven. De antwoorden worden omgezet naar dichotome scores, waarvan de som de uiteindelijke score is. De mogelijke range van deze score is 1 ((erg) laag) tot 5 (zeer hoog). Over de validiteit en betrouwbaarheid van de BENDEP-SRQ zijn geen onafhankelijke gegevens bekend. Er vindt geen normering plaats op basis van leeftijd en/of geslacht. Wel is er een analyse van de testateurs beschikbaar, welke aangeeft dat de KR-20 scores³ voor de subschalen ‘problematisch gebruik’, ‘preoccupatie’, ‘gebrek aan therapietrouw’ en ‘ontwenning’ respectievelijk .70, .68, .70 en .85 zijn (Kan, Breteler, Timmermans, van der Ven en Zitman, 1999). Een latere

3 De Kuder-Richardson 20 Formula (KR-20) een variant op Cronbach's α en wordt gebruikt voor dichotome scores. Bij toepassing van Cronbach's α op dichotome scores is Cronbach's α gelijk aan KR-20 (Norman & Streiner, 2008).

analyse van een andere steekproef leverde andere maar nog steeds acceptabele scores op, respectievelijk .56, .74, .73 en .76 (Oude Voshaar et. al., 2003).

Stopervaringen

Naast de ervaringen van de respondenten die succesvol gestopt zijn is het interessant om te onderzoeken of een eerdere stoppoging invloed heeft op eventuele toekomstige stoppogingen wanneer de stoppoging mislukt is. Negatieve ervaringen zouden demotiverend kunnen werken, terwijl positieve ervaringen juist stimulerend kunnen werken om een nieuwe stoppoging te ondernemen. De respondenten werd gevraagd om voor een aantal waardeoordelen aan te geven in hoeverre dit op hen van toepassing was. Deze waardeoordelen zijn 'moeilijk', 'noodzakelijk', 'nuttig', 'vervelend' en 'onbelangrijk'. Negatief geformuleerde antwoorden werden omgeschaald en de totaalscore werd geïnterpreteerd als een 'positieve stopervaring'.

Stopattitude

De attitude ten opzichte van stoppen met benzodiazepinen werd gemeten met 9 stellingen (5-puntsschaal). De respondenten werd gevraagd om een waardeoordeel te geven aan een mogelijke stoppoging. Om antwoordtendenties te voorkomen zijn deze stellingen deels negatief geformuleerd ('Stoppen met benzo's is voor mij zinloos') en deels positief geformuleerd ('Stoppen met benzo's is voor mij een opluchting'). De negatieve items werden omgescoord, en de somscore van alle 9 stellingen werd geïnterpreteerd als een positieve stopattitude.

Normatieve invloed

Uit literatuuronderzoek is gebleken dat veel patiënten het beslissingsproces met betrekking tot hun benzodiazepinegebruik overlaten aan hun arts. Omdat het analyseren van de volledige sociale omgeving van de respondent een zeer omvangrijke zaak zou worden richtten de normatieve invloeditems zich daarom op gehoorzaamheid naar de arts toe. Het ging hierom in hoeverre de respondent aangaf om instructies van de arts op te volgen en de mate waarin de respondent zich houdt aan voorschriften over het gebruik van het middel. Voorbeelditems zijn respectievelijk 'Als de dokter mij iets voorschrijft dan neem ik dat in' en 'Ik lees bijsluiters altijd aandachtig voor gebruik'). Als controle op eventuele

antwoordtendities was er een negatief geformuleerd item ('Ik weet beter wat goed voor mij is dan mijn dokter') toegevoegd. Respondenten beantwoordden de 5 items op een 7-punts Likertschaal ('helemaal mee oneens – helemaal mee eens').

Gedragscontrole

Gedragscontrole is de waargenomen controle die iemand over bewuste gedragingen heeft. Hierin wordt onderscheid gemaakt in de *mogelijkheid* om een bepaald gedrag uit te voeren, en de *mate van controle* die iemand heeft over een bepaald gedrag. Voorbeelditems hiervan zijn respectievelijk 'Als ik zou willen stoppen met benzo's zou ik dat vandaag nog kunnen doen' en 'De benzo's hebben mij in mijn macht'. In totaal waren er 7 vragen, welke beantwoord werden op een 7-punts Likertschaal ('helemaal niet waar' – 'helemaal waar'). Om de juistheid van deze twee factoren te bevestigen wordt er een factoranalyse uitgevoerd op deze items.

Uitkomstverwachtingen

Het meten van uitkomstverwachtingen (de verwachting dat een bepaald gedrag leidt tot een bepaalde uitkomst) bestaat uit twee componenten. Er werden items samengesteld in twee waarvan het doel was dat ze in twee componenten zouden vallen. De eerste component is de verwachting dat het stoppen met benzodiazepinen zal leiden tot negatieve gevolgen (6 items). Een voorbeelditem is 'als ik stop met benzo's zal ik slechter slapen'. De tweede component is de verwachting dat het stoppen met benzodiazepinen leidt tot een positieve gevolgen (6 items). Een voorbeelditem hiervan is 'als ik stop met benzo's zal ik me beter kunnen concentreren overdag'. Deze items worden gescoord op een 7-puntsschaal van 'helemaal mee oneens' tot en met 'helemaal mee eens'.

3.4 Data-analyse

Na het verzamelen van de gegevens werden deze handmatig onderzocht worden op eventuele drop-out, dubbele invoer en overduidelijk foute invoer. Omdat er geen pre-test of pilot test was uitgevoerd was van tevoren niet in te schatten of bepaalde vragen op de bedoelde wijze zouden worden geïnterpreteerd en welke vormen van onjuiste invoer verwacht konden worden. Deze onjuiste invoeren werden na het verzamelen uit de onderzoeksresultaten gescreend op basis van post-hoc geformuleerde exclusiecriteria.

Alle data-analyses werden uitgevoerd met SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago). Een aantal constructen was vooraf opgesteld in een aantal subconstructen, zoals bijvoorbeeld de uitkomstverwachtingen werden onderverdeeld in positieve en negatieve uitkomstverwachtingen. Als de (sub)constructen niet voldoende samenhangen zou men uitgaan van een onjuiste meetpretentie: alle vragen binnen een schaal dienen hetzelfde construct te vertegenwoordigen.

Factoranalyses

Voor de bestaande schalen werd een confirmerende factoranalyse uitgevoerd om de juistheid en toepasselijkheid van de vooraf bekende factoren binnen deze steekproef te bevestigen. De zelf geconstrueerde schalen werden onderzocht met een exploratieve factoranalyse om vooraf op theorie gebaseerde factoren te bevestigen en eventuele nieuwe factoren of subconstructen te vinden. Voordat een factoranalyse geaccepteerd kon worden, moest eerst nagegaan worden of de gegevens van voldoende kwaliteit waren om factoranalyse op toe te passen. Als de verschillende items binnen een factor niet hetzelfde construct vertegenwoordigen, of als er te weinig respondenten zijn is het zinloos om een factoranalyse uit te voeren. Om deze toepasselijkheid te toetsen werd een Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)-test uitgevoerd. Een KMO-waarde tussen 0.5 en 0.7 is middelmatig, een waarde boven de 0.7 is goed. Waarden onder de 0.5 geven aan dat de data niet geschikt zijn om factoranalyse op uit te voeren (Field, 2005).

Er werd uitgebreid aandacht geschonken aan deze factoranalyses omdat de voorspellende waarde van het model om de hoofdonderzoeksvraag te beantwoorden staat of valt met de zuiverheid en betrouwbaarheid van de meetinstrumenten, oftewel de voorspellers. Ook was de kans groter om een passend model te vinden als de voorspellers duidelijk gedefinieerd en valide zijn.

Eventueel buiten een model vallende vragenlijstitems worden opnieuw beoordeeld op duidelijkheid en interpreteerbaarheid en indien nodig verwijderd uit de constructen. Deze (deel)constructen werden vervolgens onderzocht op interne consistentie, waarna zij ingezet kunnen worden voor verdere statistische analyses. Alle factoranalyses waren principaal-componentenanalyses met varimax-rotatie.

Groepsverschillen

Voor de groepsverschillen waren er een aantal groepen geformuleerd. Ten eerste is er een stopintentie samengesteld uit de stopintentie die de respondenten aangaven. Hierbij zijn alle 'ja'-antwoorden ongeacht de verwachte stoptermijn geïnterpreteerd als 'ja', en de 'nee' en 'weet nog niet'-items geïnterpreteerd als 'nee'. Hierdoor is een dichotome 'stopintentie' variabele ontstaan. Overige dichotome verdelingen zoals deze uit de vragenlijst kwamen zijn:

- Of de respondent op dit moment benzodiazepinen gebruikt
- Of de respondent ooit een stoppoging ondernomen heeft
- Of de respondent professionele hulp ontvangen heeft bij die stoppoging
- Of de respondent op dit moment de intentie tot stoppen heeft

Voor het vergelijken van de groepen onderling worden naar gelang van toepassing t-toetsen of chi-kwadraattoetsen gebruikt.

Regressieanalyses

Voor het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag - de voorspellende factoren voor de stopintentie - werd een voorspellingsmodel geconstrueerd. Dit model werd getoetst met een multiële logistische regressie met als dichotome uitkomstvariabele 'stopintentie ja/nee'. Het volledige model werd ingevoerd en vervolgens werd de voorspellers die niet significant bijdroegen aan het model één voor één verwijderd totdat een model overbleef met een beperkt aantal significante voorspellers.

Open vragen en overige vragen

Bij enkele vragen was een open invulveld aangebracht waar respondenten ad lib opmerkingen of toevoegingen kunnen invoeren. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de waargenomen voor- en nadelen van het benzodiazepinegebruik, de stoptips en de waargenomen barrières en helpers bij het stoppen. Deze resultaten worden in hun geheel overgebracht naar Tactus Verslavingszorg en zullen vanwege de kwantitatieve aard van dit onderzoek hooguit ter illustratie voorkomen.

4. Resultaten

De resultaten zijn gesplitst in drie categorieën, namelijk resultaten die betrekking hebben op de methodologische aspecten van het onderzoek en de resultaten die betrekking hebben op de onderzoeksvragen.

4.1 Respons, drop-out en screening vragenlijst

Respondenten

In totaal reageerden 402 respondenten op de vragenlijst. Hiervan vulden 263 respondenten de vragenlijst in tot en met het moment waarop bepaald werd of de respondent op dit moment wel of geen benzodiazepinen gebruikt. Als de vragenlijst tot zover was ingevuld, werd dit als 'voldoende' ingevuld beschouwd. Van deze 263 respondenten was 70,0% vrouw ($n = 184$) en 30,0% man ($n = 79$). De gemiddelde leeftijd was 49,5 jaar ($SD = 15,5$, range 16 – 88 jaar). De overige beschrijvende statistieken worden verder toegelicht in paragraaf 4.4.

Screening respons

Omdat vooraf niet duidelijk was welke incorrecte invoer verwacht kon worden zijn de antwoorden van de respondenten achteraf gescreend. De onverwacht hoge respons maakte het mogelijk om relatief strenge selectiecriteria te handhaven voor wat betreft uitval. Er hoefden dus niet noodgedwongen respondenten in de resultaten bewaard te blijven die de vragenlijst maar voor een klein gedeelte ingevuld hadden. Na het importeren in SPSS werd de vragenlijst handmatig bekeken om onvolledige, dubbele en/of foutieve invoer te verwijderen. De volgende criteria werden hierbij gehandhaafd:

- a) Respondenten die voor het invullen van de vraag “gebruikt u op dit moment benzo's” de vragenlijst verlieten, werden verwijderd;
- b) Respondenten die de vraag 'gebruikt u op dit moment benzo's' hadden ingevuld, maar er korter dan 2 minuten over gedaan hadden om op dit punt te komen werden verwijderd, omdat redelijkerwijs aangenomen kon worden dat de vragen niet of niet geheel gelezen waren;
- c) Op basis van IP-adres werden respondenten handmatig vergeleken op dubbele invoer. Indien de demografische variabelen verschilden op minimaal 3 punten werd de invoer behouden, omdat de mogelijkheid bestond dat er meerdere personen achter één computer de vragenlijst ingevuld hadden;
- d) Alle respondenten met een zelfgerapporteerde benzodiazepine-inname van meer dan 50mg diazepamequivalenten werden handmatig gecontroleerd op juiste invoer van

tablet/middelencombinaties. Invoer van bijvoorbeeld “3 tabletten alprazolam 20mg” werd verwijderd⁴;

- e) Overduidelijk foutieve invoer van aantal uren slaap zoals “38 uur per dag” werd verwijderd. Invoer van uren slaap zoals “85” werd geïnterpreteerd als 8,5 uur.

4.2 Factoranalyses en intercorrelaties

Voordat de meetinstrumenten ingezet worden om de onderzoeksvragen te beantwoorden wordt eerst gekeken of de meetinstrumenten het veronderstelde construct vertegenwoordigen, of wellicht uit meerdere constructen bestaan dan gedacht. In paragraaf 4.3 volgt een kort overzicht van alle meetinstrumenten.

In de volgende tabellen worden voor een aantal schalen de vooraf opgestelde constructen getoond. In andere tabellen worden de afzonderlijke items getoond. De items zijn gegroepeerd op gevonden factor, en gesorteerd op aflopende factorladingen. Eventuele nieuwe factoren worden benoemd op basis van een onderliggende factor die mogelijk uit de items af te leiden is. Daarna wordt de keuze voor een bepaalde factorstructuur beargumenteerd en wordt de factorstructuur geaccepteerd dan wel verworpen. Vervolgens wordt Cronbach's alpha berekend voor de zojuist vastgestelde factoren om de interne samenhang te controleren.

Alle factoranalyses zijn principale-componentenanalyses met varimax-rotatie. De factorladingen zijn vermenigvuldigd met 100 voor een duidelijkere leesbaarheid. Hogere waarden representeren een hogere factorlading.

Verkorte Utrechtse copinglijst

De vUCL wordt verondersteld om uit vier schalen te bestaan, namelijk 'sociale steun zoeken', 'palliatieve reactie', 'vermijden / afwachten' en 'actief aanpakken'. De KMO-waarde voor de items is .826 (zeer goed), en dus kan een factoranalyse toegepast worden op de gegevens.

Tabel 4.1 Factorladingen Verkorte Utrechtse copinglijst

Factor	Items	resp. factorladingen	N	Cronbach's α
Sociale steun zoeken	3, 10, 13, 14, 15	78, 72, 83, 83, 79	267	.86
Actief aanpakken	4, 6, 8, 9, 11	44, 72, 75, 74, 80	267	.77
Palliatieve reactie	5, 12	67, 81	267	.30
Vermijden / afwachten	1, 2, 7	88, 55, 84	267	.70

⁴Alprazolam is verkrijgbaar in tabletten tot en met 2 milligram.

De aanwezigheid van deze vier factoren werd bevestigd. Alle items laadden correct op de deze vier vooronderstelde factoren. De interne consistentie van de schalen sociale steun zoeken, actief aanpakken en vermijden/afwachten komen overeen met de consistentie zoals gevonden door Schreurs et al. (1993) in de volledige UCL. Opvallend is wel een lage Cronbach's alfa (.30) voor de schaal 'palliatieve reactie'. Een voor de hand liggende verklaring is dat in de verkorte versie van de vragenlijst het construct uit slechts twee items bestaat. Deze factorstructuur werd geaccepteerd, zij het dat het interpreteren van de resultaten van het construct 'Palliatieve reactie' met enige voorzichtigheid zal moeten gebeuren.

NEO-FFI Neuroticisme

De validiteit, betrouwbaarheid en normering van NEO-FFI zijn als 'voldoende' beoordeeld door de COTAN (1999). Cronbach's alpha voor de NEO-FFI in deze steekproef is zeer hoog (.90) Op basis hiervan is besloten geen factoranalyse uit te voeren.

BENDEP-SRQ

Omdat de BENDEP-SRQ een nieuwe en nog relatief weinig onderzochte test is, is het interessant om deze vragenlijst verder te onderzoeken. De KMO-waarde voor de items is .685 (middelmatig), en dus kan een factoranalyse toegepast worden op de gegevens.

Tabel 4.3 Confirmatieve factoranalyse BENDEP-SRQ, N = 138

Factor	Items	resp. factorladingen	N	Cronbach's α
Problematisch gebruik	3, 6, 8, 10, 13	36, 3 , 74, 20 , 59	138	.65
Preoccupatie	1, 2, 5, 11, 12	73, 82, 84, 24, 33	138	.72
Gebrek aan therapietrouw	4, 7, 9, 14, 15	75, 76, 0 , 73, 62	138	.69
Ontwenning	16 – 20	86, 54, 74, 78, 73	155	.83

Van de 4 vooronderstelde subschalen kon alleen 'ontwenning' volledig bevestigd worden. Deze subschaal laat zowel in dit onderzoek als in het oorspronkelijke onderzoek van de testateurs de grootste interne consistentie zien. Een verdere bespreking van deze factorstructuur is vermeld in paragraaf 6.2. Gezien de onduidelijke resultaten hiervan is gekozen om de oorspronkelijke factorstructuur aan te houden.

Self-efficacy

De KMO-waarde voor de items is .895 (zeer goed), en dus kan een factoranalyse toegepast worden op de gegevens. Een exploratieve factoranalyse laat een structuur zien met twee factoren, waarvan één item gelijk laadt op beide factoren.

Tabel 4.4 Factoren: geroteerde factorladingen self-efficacy, N = 149

	Factor I	Factor II	
Cronbach's α	.89	.87	
Verklaarde variantie	33,9%	33,0%	
Cum. Verkl. Variantie	33,9%	66,8%	"Ik kan gestopt blijven met BZD..."
Item 4	88	21	...ook als het de eerste keer niet lukt
Item 7	83	30	...ook als ik veel gewoontes moet afleren
Item 6	79	37	...ook als het veel moeite gaat kosten
Item 8	68	38	...ook als niemand mij daar in steunt
Item 1	56	56	...ook als ik een slechte dag heb
Item 2	55	84	...ook als ik heel erg moe ben
Item 9	31	84	...ook al zie ik het niet meer zitten
Item 5	22	80	...ook als ik erg angstig ben
Item 11	39	79	...ook als er iets naars gebeurt
Item 10	37	79	...ook als ik in een moeilijke situatie zit
Item 3	37	43	...ook als ik al een tijd slecht slaap

Factortypologie

De items in factor I hebben allen te maken met omgevingsfactoren en doorzettingsvermogen om gestopt te blijven met benzodiazepinen als er tegenslagen optreden. Factor I werd geïnterpreteerd als "doorzettende self-efficacy".

In factor II hebben alle items te maken met moeilijke situaties waarin benzodiazepinen verlichting zouden kunnen bieden, zoals situaties met angst (item 5) of depressie (item 9). Factor II werd daarom geïnterpreteerd als "symptomatische self-efficacy". De factorlading op zowel factor I als factor II van Item 1 ("Ik kan gestopt blijven met benzo's ook als ik een slechte dag heb") is achteraf te verklaren door de ambiguïteit van de inhoud van het item; een 'slechte' dag kan op diverse manieren geïnterpreteerd worden. Om het aantal items in beide factoren in balans te houden is er besloten om dit item in factor I onder te brengen.

Cronbach's alfa voor beide deelconstructen is goed te noemen ($\alpha > .85$). Deze twee-factorenstructuur werd geaccepteerd.

Stopattitude

De KMO-waarde voor de items is .622 (middelmatig), en dus kan een factoranalyse toegepast worden op de gegevens. De factoranalyse liet drie factoren zien.

Tabel 4.5 Factoren: geroteerde factorladingen stopattitude, N = 161

	Factor I	Factor II	Factor III	
Cronbach's α	.63	.71	.11	
Verklaarde variantie	23,5%	22,9%	12,8%	
Cum. Verkl. Variantie	23,5%	46,5%	59,3%	"Stoppen met BZD is voor mij..."
Item 9	80	14	-8	...een zware last
Item 7	71	21	11	...beklemmend
Item 1	59	-38	22	...zinloos
Item 5	52	0	33	...gevaarlijk
Item 8	11	88	-1	...een opluchting
Item 6	-7	86	8	...waardevol
Item 2	12	57	-21	...voordelig
Item 3	18	-11	85	...ongezond
Item 4	-55	3	45	...onschadelijk

Zoals verwacht aan de hand van de positief / negatief gestelde inhoud van de items had factor I betrekking op negatieve aspecten van het stoppen en factor II betrekking op de positieve aspecten van het stoppen. Het onderliggende idee onder factor III was moeilijk te deduceren. Dit is waarschijnlijk het gevolg van de ambiguïteit van de begrippen 'ongezond' en 'onschadelijk'. Deze twee items – en dus factor III – zijn verwijderd, factor I werd geïnterpreteerd als "positieve stopattitude" en factor II werd geïnterpreteerd als "negatieve stopattitude". Cronbach's alpha was acceptabel voor factor I en redelijk voor factor II, en de twee-factorenstructuur werd geaccepteerd.

Uitkomstverwachtingen

De KMO-waarde voor de items is .761 (goed), en dus kan een factoranalyse toegepast worden op de gegevens. Uit de factoranalyse kwamen drie factoren naar voren, en twee items konden niet duidelijk in een factor geplaatst worden. Item 10 ('als ik stop met BZD dan kost mij dat veel geld') is om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen negatief geformuleerd en daarom omgescoord voor de analyses.

Tabel 4.6 Factoren: geroteerde factorladingen uitkomstverwachtingen, N = 161

	Factor I	Factor II	Factor III	
Cronbach's α	.75	.75	.74	
Verklaarde variantie	21,2%	19,8%	15,7%	
Cum. Verkl. Variantie	21,2%	41,0%	56,5%	"Als ik stop met BZD, dan..."
Item 3	85	-4	7	...kan ik me beter concentreren
Item 4	75	-12	4	...kan ik veiliger aan het verkeer
Item 6	71	-17	12	...kan ik meer verantwoordelijkheden nemen
Item 2	51	24	44	...zal ik me goed voelen
Item 12	-14	78	-4	...zal ik me angstiger voelen
Item 11	-4	78	-7	...zal ik meer last van piekeren
Item 7	-2	77	-6	...zal ik meer stress hebben
Item 9	-16	57	-40	...krijg ik ontweningsverschijnselen
Item 5	20	-11	83	...voel ik me niet meer afhankelijk
Item 1	51	-14	65	...zal ik trots zijn

Item 8	27	22	-62	...zal ik slechter slapen
Item 10	24	25	-8	...kost mij dat veel geld (omgescoord)

Factortypologie

De items in factor I hebben voornamelijk betrekking op het beter functioneren zonder benzodiazepinen. Deze factor werd dan ook geïnterpreteerd als ‘beter functioneren’. De items op de tweede factor hadden vooral betrekking op het ervaren van klachten na het stoppen met benzodiazepinen. Deze factor werd geïnterpreteerd als ‘meer klachten’. Factor III bestond uit twee items die betrekking hadden op een gevoel van zelfwaardering, het gevoel om iets overwonnen te hebben. De derde factor werd dan ook geïnterpreteerd als ‘zelfwaardering’. Cronbach’s alpha voor de drie factoren is voldoende. Gekozen werd voor deze drie-factorenstructuur zonder de ambigu ‘slecht slapen’ en ‘kost veel geld’-items.

Normatieve invloed

De KMO-waarde voor de items is .799 (goed), en dus kan een factoranalyse toegepast worden op de gegevens. De factoranalyse laat een twee-factorenstructuur zien.

Tabel 4.7 Factoren: geroteerde factorladingen normatieve invloed, N = 143

Variabele	Factor I	Factor II	
Cronbach’s α	.86	.39	
Verklaarde variantie	48,5%	18,2%	
Cum. Verkl. Variantie	48,5%	66,7%	
Item 4	85	10	“Ik hou mij precies aan het doktersvoorschrift”
Item 5	83	-3	“Het is belangrijk om doktersadvies te volgen”
Item 6	81	13	“Ik hou me altijd aan de voorgeschreven dosering”
Item 2	79	-9	“Als mijn dokter iets zegt dat doe ik dat”
Item 3	74	-15	“Als de dokter mij iets voorschrijft neem ik dat in”
Item 7	27	78	“Ik lees bijsluiters altijd aandachtig voor gebruik”
Item 1	-32	77	“Ik weet beter wat goed voor mij is dan mijn dokter” (omgescoord)

Factortypologie

Vijf van de zeven items laadden sterk op factor I. Items 7 en 1 laadden op factor II. Een duidelijke onderliggende factor voor deze items kon niet beredeneerd worden. Gezien de lage Cronbach’s alpha van factor II werd besloten om een factorstructuur met alleen factor I te gebruiken. Items 1 en 7 werden verder niet gebruikt.

Gedragcontrole

De KMO-waarde voor de items is .751 (goed), en dus kan een factoranalyse toegepast worden op de gegevens.

Tabel 4.8 Factoren: geroteerde factorladingen gedragscontrole, N = 143

Variabele	Factor I	Factor II	
Cronbach's α	.74	.67	
Verklaarde variantie	32,3%	26,7%	
Cum. Verkl. Variantie	32,3%	59,0%	
Item 7	82	11	"Stoppen met BZD is absoluut haalbaar."
Item 6	78	11	"Als ik zou willen stoppen zou dat vandaag nog kunnen."
Item 1	70	16	"Het ligt helemaal aan mij of ik kan stoppen met BZD."
Item 5	63	34	"Zou BZD ook alleen in kunnen nemen als ik ze hard nodig heb."
Item 4	6	84	"Ik heb mijn BZDgebruik helemaal onder controle."
Item 2	17	74	"De benzo's hebben mij in hun macht."
Item 3	27	68	"Ik kan ook minder BZD innemen als ik dat wil."

De factoranalyse laat twee mogelijke factoren zien. De vooraf beredeneerde tweedeling in 'controle' (items 1 – 3) en 'mogelijkheid' (items 4 – 7) bleek op item 1 na bevestigd te worden door de factoranalyse. Achteraf blijkt de formulering van item 1 ook beter te passen bij 'mogelijkheid' dan bij 'controle'. Cronbach's alpha voor de beide factoren is voldoende, dus deze twee-factorenstructuur werd geaccepteerd.

Intercorrelaties

In tabellen 4.9 en 4.10 zijn de intercorrelaties weergegeven tussen de verschillende meetinstrumenten. Naast eventuele interessante correlaties is het voor het voorspellingsmodel belangrijk om uit te zoeken welke constructen een zeer hoge correlatie moet elkaar hebben, omdat twee constructen met een hoge correlatie het regressiemodel kunnen verstoren (Field, 2005). Correlatiecoëfficiënten $>.30$ zijn gearceerd. Om te corrigeren voor niet normaal verdeelde data is er gekozen voor Spearman's rho, een niet-parametrische correlatiecoëfficiënt. Omdat vooraf ook geen veronderstellingen gedaan werden over de richting van een mogelijk verband zijn alle significantietoetsen tweezijdig uitgevoerd.

De afkortingen van de constructen verwijzen als volgt naar de constructen:

Coping – actief: Actief aanpakkende coping. Coping – palliat.: Palliatieve reactie. Coping – vermij.: Vermijdende / afwachtende coping. Coping – sociaal: Sociale steun zoeken. BEND-PO: BENDEP-SRQ subschaal preoccupatie. BEND-GT: BENDEP-SRQ subschaal gebrek aan therapietrouw. BEND-PG: BENDEP-SRQ subschaal problematisch gebruik. BEND-ONT: BENDEP-SRQ subschaal ontwenning.

Tabel 4.9 Intercorrelaties (1): Spearman's ρ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Leeftijd	—										
2. Opleiding	-0.19**	—									
3. Neuroticisme	-0.20**	-0.16**	—								
4. Coping – actief	0.10	0.13*	-0.36**	—							
5. Coping – palliat.	-0.13*	-0.08	-0.01	0.04	—						
6. Coping – vermij.	-0.08	-0.09	0.43**	-0.36**	0.13*	—					
7. Coping - sociaal	-0.03	0.09	-0.09	0.33**	0.07	-0.22**	—				
8. BEND-PG	0.03	0.08	0.12	-0.15	-0.06	0.20*	0.02	—			
9. BEND-PO	0.18*	-0.02	0.08	-0.15	-0.04	0.16	0.09	0.40**	—		
10. BEND-GT	-0.03	0.09	0.18*	-0.17*	-0.07	0.11	-0.03	0.30**	0.35**	—	
11. BEND-ONT	0.01	-0.19*	0.36**	-0.16*	0.04	0.15	-0.01	0.18	0.24*	0.19	—

*: $p \leq 0.10$; **: $p \leq 0.05$ (2-zijdig).

Opvallend in deze tabel zijn de relatief hoge intercorrelaties tussen de BENDEP-schalen. Gezien de afwijkende factorstructuur zoals gevonden echter is dit verklaarbaar; aangezien de oorspronkelijke factorstructuur niet volledig gereproduceerd kon worden is er een zekere mate van overlap tussen de factoren. Het is ook interessant om even stil te staan bij de correlaties tussen (3) neuroticisme en (4) vUCL subschaal actief aanpakken en (6) vUCL subschaal vermijden/afwachten. Geheel zoals men zou verwachten is er een positieve correlatie tussen de vermijdende copingschaal en neuroticisme, en een negatieve correlatie tussen het actief aanpakken en neuroticisme. Opvallend is ook de geringe intercorrelatie van (5) vUCL subschaal palliatieve reactie met alle andere schalen. Gezien de lage coëfficiënt alpha en het gering aantal items ligt het voor de hand dat deze subschaal zwak presteert. Deze subschaal zal daarom niet gebruikt worden in verdere analyses.

In tabel 4.10 zijn de intercorrelaties voor de overige constructen weergegeven. De verklaring van de afkortingen is als volgt:

Doorz. SE: Doorzettende self-efficacy. Sympt. SE: symptomatische self-efficacy. Functioneren: Uitkomstverwachtingen 'als ik stop met benzo's zal ik beter functioneren'. Zelfwaardering: Uitkomstverwachtingen 'als ik stop met benzo's zal ik meer zelfwaardering hebben'. Klachten: Uitkomstverwachtingen 'als ik stop met benzo's zal ik meer klachten krijgen'. Controle: Gedragscontrole 'controle op het benzodiazepinegebruik'. Mogelijkheid: Gedragscontrole 'mogelijkheid om benzoverminderend gedrag uit te voeren'. Stopattitude +: positieve stopattitude. Stopattitude -: negatieve stopattitude. Norm. invloed: Normatieve invloed. Stopervaring: positieve eerdere stopervaring.

Tabel 4.10 Intercorrelaties (2): Spearman's ρ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Doorz. SE	—										
2. Sympt. SE	0.73**	—									
3. Functioneren	0.03	0.01	—								
4. Zelfwaardering	0.04	-0.09	0.43**	—							
5. Klachten	0.31**	0.50**	-0.15	-0.32**	—						
6. Controle	0.31**	0.29**	-0.23**	-0.38**	0.31**	—					
7. Mogelijkheid	0.55**	0.51**	0.04	-0.09	0.46**	0.42**	—				
8. Stopattitude +	-0.04	-0.11	0.38**	0.56**	-0.14	-0.27**	0.02	—			
9. Stopattitude -	-0.24**	-0.25	0.11	0.21	-0.53**	-0.38**	-0.42**	0.02	—		
10. Norm.invloed	0.06	0.11	0.14	0.05	0.04	0.02	0.05	0.10	0.06	—	
11. Stopervaring	0.08	-0.04	-0.16*	-0.12	-0.04	-0.10	-0.03	-0.08	-0.04	-0.00	—

*: $p \leq 0.10$; **: $p \leq 0.05$ (2-zijdig).

Hoewel de factoranalyse twee duidelijke factoren liet zien voor symptomatische self-efficacy en doorzettende self-efficacy laten zij toch een sterke positieve correlatie zien. Ook is er een relatief sterke intercorrelatie met de gedragscontrole-items uit de beide subschalen. Dit is vermoedelijk omdat er enige mate van conceptuele overlap is tussen de deze begrippen; in de basis benoemen zij de het vermogen om een bepaald gedrag te uit te voeren. In deze context wordt dit gedrag nog iets specifiekere benoemd als 'omgaan met benzodiazepinen'. Het verschil in de verschillende constructen ligt hem in de wat subtielere nuances en omstandigheden waarin dit gedrag wordt vertoond.

4.3 Overzicht meetinstrumenten

Ter samenvatting volgt hieronder een kort overzicht van alle meetinstrumenten met het aantal items, Cronbach's α en het aantal respondenten wat gebruikt is om het meetinstrument te valideren. Het instrument voor coping – palliatieve reactie (vUCL palliatieve reactie) werd niet verder gebruikt bij de analyses.

Tabel 4.11 Overzicht meetinstrumenten

Construct	Instrument	Aantal items	Cronbach's α	N
Coping	vUCL actief aanpakken	5	.77	263
	vUCL sociale steun zoeken	5	.86	263
	vUCL vermijden/afwachten	3	.70	263
Neuroticisme	NEO-FFI neuroticisme	12	.90	263
Afhankelijkheid	BENDEP-problematisch gebruik	5	.65	138
	BENDEP-preoccupatie	5	.72	138
	BENDEP-gebrek aan therapietrouw	5	.69	138
Ontwenning	BENDEP-ontwenning	5	.83	155
Self-efficacy	Volhoudende self-efficacy	5	.89	149
	Symptomatische self-efficacy	6	.87	149
Stopattitude	Positieve stopattitude	4	.63	161
	Negatieve stopattitude	3	.71	161
Stopervaring	Positieve stopervaring	4	.58	151
Uitkomstverwachtingen	Beter functioneren	4	.75	161

	Meer klachten	4	.75	161
	Meer zelfwaardering	2	.74	161
Normatieve invloed	Normatieve invloed	5	.86	143
Waargenomen gedragscontrole	Gedragscontrole – mogelijkheid	4	.74	143
	Gedragscontrole – controle	3	.67	143

4.4 Beschrijvende statistieken

Van de steekproef gebruikte 72,2% (n = 190) op het moment van deelname benzodiazepinen, 27,8% was gestopt (n = 73). Uiteindelijk vulden 152 respondenten de vragenlijst volledig in. Een compleet stroomdiagram van de vragenlijst, inclusief uitval per stap, is vermeld in bijlage 1. In tabel 4.1 zijn de beschrijvende statistieken weergegeven voor de respondenten. Waar toepasselijk zijn de verschillen tussen de groep respondenten die op het moment van invullen gebruikten ('gebruikt nu') en de respondenten die op het moment van invullen gestopt waren ('is gestopt').

Tabel 4.12 Demografische gegevens

	Beschrijvende statistieken					
	Totaal (N = 263)		Gebruikt nu (N = 190)		Is gestopt (N = 73)	
	X / N	SD / %	X / N	SD / %	X / N	SD / %
Geslacht						
Vrouw	186	69,7%	135	69,6%	51	69,9%
Man	81	30,3%	59	30,4%	22	30,1%
Leeftijd						
Vrouw	48,1	15,3	50,6	13,9	41,3	16,9
Man	52,9	15,3	54,6	15,2	47,4	14,5
Opleiding ⁵						
Laag	102	38,2%	80	41,2%	22	30,1%
Middel	75	28,1%	52	26,8%	23	31,5%
Hoog	90	33,7%	62	32,0%	28	38,4%
Coping somscores						
Actief aanpakken	13,0	2,7	13,0	2,9	13,2	2,1
Palliatieve reactie	4,6	1,2	4,6	1,2	4,8	1,3
Vermijden / afwachten	6,6	2,0	6,6	1,9	6,7	2,2
Sociale steun zoeken	10,9	3,3	10,9	3,4	10,8	3,2
Stanine NEO-FFI	6,6	2,0	6,5	2,0	6,8	1,9
BENDEP-SRQ scores						
Problematisch gebruik	-	-	2,0	1,5	-	-
Preoccupatie	-	-	2,8	1,5	-	-
Gebrek aan therapietrouw	-	-	1,0	1,3	-	-
Ontwenning	2,4	1,9	2,8	1,8	1,7	-

De volgende significante verschillen zijn gevonden tussen de groep respondenten die op moment van invullen benzodiazepinen gebruikten en de groep die aangaf op het moment van invullen aangaf gestopt te zijn. Zowel de mannen als de vrouwen uit de groep ex-

⁵ De volgende categorieën zijn gebruikt; laag: basisschool, LTS/LBO/VBO, MAVO/VMBO/MULO. Middel: MBO/HAVO/HBS/MMS, VWO. Hoog: HBO, WO.

gebruikers waren significant jonger dan de gebruikers (mannen: $t = 3,5$, $p < 0,01$; vrouwen: $t = 2,0$, $p < 0,05$). De ex-gebruikers scoorden ook significant lager op ontwenningverschijnselen ($t = 3,4$, $p < 0,01$).

Opvallend hoog is de score van de respondenten op neuroticisme. Volgens de stanine-verdeling zou het gemiddelde van de scores (bij een normale populatie) op 4,5 moeten liggen. Voor deze steekproef ligt het gemiddelde echter op 6,6, dit is significant hoger dan het 4,5 bij een normale verdeling ($t = 17,3$; $df = 262$; $p < 0,001$).

Stopintentie

Van de respondenten die op het moment van invullen van de vragenlijst benzodiazepinen gebruikten gaf in totaal 52,2% aan dat zij de intentie hadden om te stoppen; 31,8% gaf aan dit nog niet te weten en 16,7% gaf aan zeker geen stopintentie te hebben. De stopintentie kon nog onderverdeeld worden in een aantal tijdsaders; 8,0% gaf aan dit binnen een maand an plan te zijn, 18,1% gaf aan dit binnen een half jaar van plan te zijn en 26,1% gaf aan dit wel van plan te zijn, maar kon daar nog geen tijdsbestek aan verbinden.

Benzodiazepinegebruik en stopgedrag in de steekproef

De drie meest gebruikte benzodiazepinen in de steekproef waren Oxazepam (22,5%), Temazepam (18,5%) en Zopiclon (10,4%). Opvallend is dat Diazepam (Valium) niet voorkomt in de top 3, terwijl dit op nationaal niveau wel het geval is (CVZ, 2010). Een volledig overzicht van de aangetroffen middelen staat in bijlage 2. Ongeveer een derde van de respondenten (34,2%, $n = 90$) gaf aan het middel al meer dan 10 jaar te gebruiken. Voor de overige gebruikers gold een gemiddelde van 32,7 (SD = 31,8 maanden). De gemiddelde dosering benzodiazepinen was 20,5 mg diazepam-equivalenten. De gemiddelde dosering verschilde niet significant voor slaapopwekkende of kalmerende benzodiazepinen ($t = -0,27$, ns.).

Een overgrote meerderheid gaf aan ooit wel eens een stoppoging ondernomen te hebben (83,4%, $n = 156$). Hiervan gaf 35,7% ($n = 65$) aan dit één maal gedaan te hebben, en maar liefst 22% ($n = 40$) gaf aan dit al vijf keer of vaker gedaan te hebben. Gemiddeld hadden de respondenten 2,5 stoppogingen ondernomen.

Een kwart van de respondenten (25,2%, $n = 39$) gaf aan professionele hulp gekregen te hebben tijdens een stoppoging. Opvallend genoeg bleken de respondenten die geen

professionele hulp hadden gekregen niet vaker terug te vallen in gebruik ($\chi^2(1) = 1,09$, $p = 0,30$).

Slaapkwaliteit

De respondenten sliepen gemiddeld 6,1 uur per nacht ($n = 263$, $SD = 1,7$) beoordeelden hun slaap met een gemiddeld rapportcijfer 4,9 ($n = 263$, $SD = 2,0$). Voor wat betreft de aspecten van de duur en de diepte van de slaap en de momenten van inslapen en ontwaken was de beoordeling neutraal (range gemiddelde scores 2,6 – 2,8; range SD's 1,1 – 1,2).

Er is gekeken of de respondenten die op het moment van invullen van de vragenlijst beter of slechter sliepen dan de respondenten die op het moment van invullen van de vragenlijst benzodiazepinen gebruikten. Hoewel de gestopte respondenten vrijwel alle aspecten een fractie slechter beoordeelden was dit verschil niet statistisch significant.

4.5 Groepsvergelijkingen

Om vergelijkingen te maken tussen de verschillende respondenten zijn de respondenten ingedeeld in groepen (zie §3.4). In deze sectie worden deze verschillen weergegeven. Weergegeven zijn de gemiddelden per groep, de relevante toets en de uitkomst van deze toets.

In tabel 4.13 zijn de significante groepsverschillen te zien tussen de respondenten die op het moment van invullen van de vragen wel of geen benzodiazepinen gebruikten. Er is een zeer groot significant verschil in de lengte van het benzodiazepinegebruik tussen de gebruikers en de niet-gebruikers; waar de respondenten die op moment van invullen gestopt waren gemiddeld 2 jaar het middel gebruikt hebben, gebruiken de respondenten die op het moment van invullen nog gebruikten dit middel al ruim 6 jaar. Ook was de leeftijd van de groep gebruikers significant hoger dan van de gestopte groep.

Tabel 4.13 Groepsverschillen gebruiker/gestopt: groepsgemiddelden, standaarddeviaties en toets

Groep	Gebruiker (N = 194)		Gestopt (N = 73)		Toets			Resultaat
	X	SD	X	SD	t	df	p	
Leeftijd	51,9	14,4	43,1	16,4	4,04	116,5	<0,01	Gebruikers hoger
Maanden gebruik	76,7	44,6	25,9	39,6	8,98	145,8	<0,01	Gebruikers meer

In tabel 4.14 zijn de resultaten te zien van de groepsvergelijking tussen de respondenten die ooit een stoppoging ondernomen hadden en de respondenten die nog nooit een stoppoging ondernomen hadden. Vergeleken met de respondenten die nog nooit een stoppoging ondernomen hadden verwachtten de respondenten die al wel één of meerdere malen gestopt waren beter functioneren, meer zelfwaardering en minder klachten bij een volgende stoppoging. Hiernaast hadden zij ook nog een significant positievere stopattitude.

Tabel 4.14 Groepsverschillen stoppoging ondernomen ja/nee: groepsgemiddelden, standaarddeviaties en toets

Groep	Ja (N = 103)		Neen (N = 31)		Toets			Resultaat
	X	SD	X	SD	t	df	p	
Beter functioneren	16,1	5,3	13,4	6,8	-2,07	41,8	<0,05	Wel stoppoging: hoger
Meer klachten ⁶	8,6	4,0	11,4	4,9	2,61	132	<0,01	Wel stoppoging: lager
Meer zelfwaardering	10,9	3,3	7,7	4,3	-3,86	41,7	<0,01	Wel stoppoging: hoger
Normatieve invloed	32,4	9,0	36,4	9,0	2,15	132	<0,05	Wel stoppoging: lager
Positieve stopattitude	14,6	4,5	11,5	4,9	-3,38	132	<0,01	Wel stoppoging: hoger

In tabel 4.15 zijn de groepsverschillen vermeld tussen de groep respondenten die de intentie heeft om te stoppen met benzodiazepinen en de groep respondenten die deze intentie niet heeft. Hieruit blijkt dat de respondenten met een stopintentie een significant positievere stopattitude hebben en significant beter functioneren en meer zelfwaardering verwachten. Ook scoorden zij significant hoger op de BENDEP-subschaal preoccupatie. Voor de respondenten die al eerder een stoppoging ondernomen hadden, weer begonnen waren en nu weer de intentie hadden om te stoppen geldt dat zij een significant hogere positieve stopervaring hadden. Dit betekent dat hun ervaring met een eerdere stoppoging beter was dan de groep die geen stopintentie had.

Tabel 4.15 Groepsverschillen stopintentie ja/nee: groepsgemiddelden, standaarddeviaties en toets

Groep	Ja (N = 72)		Neen (N = 66)		Toets			Resultaat
	X	SD	X	SD	t	df	p	
Beter functioneren	17,1	4,8	13,7	6,2	-3,63	122,1	<0,01	Stoppers hoger
Meer zelfwaardering	11,0	3,4	9,3	4,1	-2,78	126,5	<0,01	Stoppers hoger
Positieve stopervaring	16,3	2,4	14,5	3,2	-3,17	78,5	<0,01	Stoppers hoger ⁷
Positieve stopattitude	15,1	4,6	12,7	4,7	-3,05	136	<0,01	Stoppers hoger
BENDEP-SRQ preoccupatie	3,3	1,4	2,4	1,6	-3,45	132	<0,01	Stoppers hoger

⁶ “Meer klachten” betekent in deze context dat de respondent verwacht dat hij of zij na het stoppen last zal krijgen van slaapklachten, angstklachten, piekeren of ontweningsverschijnselen.

⁷ N = 44 voor ‘nee’, N = 55 voor ‘ja’.

In tabel 4.16 zijn de significant verschillen weergegeven tussen de respondenten die professionele hulp ontvangen hebben bij een stoppoging en de respondenten die dit niet gehad hebben. De geholpen stoppers scoorden significant hoger op neuroticisme en ontwenning, gebruikten significant meer benzodiazepinen en sliepen 's nachts korter. Ook hadden zij een minder positieve stopattitude, maar verwachtten zij minder klachten dan de respondenten die geen professionele hulp ontvangen hadden.

Tabel 4.16 Groepsverschillen professionele hulp bij stoppoging: groepsgemiddelden, standaarddeviaties en toets

Groep	Ja (N = 39)		Neen (N = 116)		Toets		Resultaat
	X	SD	X	SD	t	df p	
Neuroticisme	7,7	1,2	6,4	2,0	3,72	153	<0,01 Geholpen stoppers hoger
BENDEP-SRQ ontwenning	3,5	1,5	2,0	1,9	4,88	78,9	<0,01 Geholpen stoppers hoger
Uren slaap 's nachts	5,5	1,7	6,2	1,8	-1,97	153	~0,05 Geholpen stoppers lager
Positieve stopattitude	12,8	4,3	15,2	4,4	-2,28	101	<0,05 Geholpen stoppers lager ⁸
Meer klachten	9,6	4,6	12,8	5,6	-2,50	101	<0,05 Geholpen stoppers lager
Mg. Diazepam per dag	27,8	22,6	18,7	15,9	2,31	49,9	<0,05 Geholpen stoppers hoger ⁹

4.6 Voorspellen van stopintentie

Voor de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag is er gekeken of de stopintentie door een model met de gebuikte determinanten te voorspellen was. Hiervoor is gebruik gemaakt van multiële logistische regressie. Het doel hiervan was om een zo groot mogelijke voorspellende waarde te realiseren met een zo klein mogelijk model, en dus de voorspellers die niets toevoegen aan het model te verwijderen. Uiteindelijk wordt de effectiviteit van het model beoordeeld op het correct voorspellen van de stopintentie van respondenten. Het model moet de stopintentie beter kunnen voorspellen dan een voorspelling gebaseerd op kansniveau binnen de steekproef: de kans op het vinden van iemand met een stopintentie als er willekeurig uit de steekproef gekozen wordt is namelijk gelijk aan de fractie mensen in de steekproef met een stopintentie (52,2%). De standaard door SPSS ingestelde afkapwaarde die gebruikt wordt in de berekening van dit model is 0,500. Binnen deze steekproef is deze aanname echter niet correct: de kans op het vinden van iemand met een stopintentie als er willekeurig uit de steekproef gekozen wordt is namelijk gelijk aan de fractie mensen in de steekproef met een stopintentie (cf. Twisk, 2007). De afkapwaarde in SPSS is daarom ingesteld op 0,522.

⁸ N = 23 voor 'ja', N = 80 voor 'nee'.

⁹ N = 38 voor 'ja', N = 113 voor 'nee'.

Om deze voorspellers nader te onderzoeken is in tabel 4.17 is het regressiemodel met alle determinanten in detail weergegeven.

Tabel 4.17 Multipele logistische regressie voor dichotome uitkomstvariabele 'stopintentie' – volledig model

	B	SE	95% BI voor exp <i>b</i>		
			exp <i>b</i>	laagste	hoogste
Toegevoegde voorspeller					
Constante	-26,19**	0,24	0	-	-
<i>Coping – actief aanpakken</i>	-0,48*	0,12	1,61	1,01	2,58
<i>Coping – sociale steun zoeken</i>	-0,08	0,12	0,93	0,73	1,17
<i>Coping – vermijden / afwachten</i>	-0,08	0,23	0,92	0,59	1,45
<i>BENDEP – preoccupatie</i>	1,92**	0,50	6,80	2,58	17,96
<i>BENDEP – gebrek therapietrouw</i>	-0,01	0,42	1,00	0,44	2,26
<i>BENDEP – problematisch gebruik</i>	-0,15	0,34	0,86	0,45	1,66
<i>BENDEP – ontwenning</i>	0,05	0,28	1,05	0,62	1,80
<i>Self-efficacy: symptomatisch</i>	0,01	0,14	1,01	0,77	1,32
<i>Self-efficacy: situationeel</i>	0,03	0,12	1,03	0,81	1,30
<i>Positieve stopattitude</i>	0,53**	0,16	1,70	1,24	2,32
<i>Negatieve stopattitude</i>	0,09	0,12	1,10	0,87	1,38
<i>Uitkomstverwachtingen: functioneren</i>	0,01	0,10	1,01	0,83	1,22
<i>Uitkomstverwachtingen: meer klachten</i>	-0,05	0,11	0,95	0,77	1,17
<i>Uitkomstverwachtingen: zelfwaardering</i>	0,24	0,22	1,27	0,83	1,96
<i>Gedragcontrole: mogelijkheid</i>	0,19	0,12	1,20	0,95	1,52
<i>Gedragcontrole: mate van controle</i>	0,11	0,10	1,11	0,92	1,36
<i>Normatieve invloed</i>	0,14*	0,53	1,14	1,03	1,27
<i>Leeftijd</i>	-0,16**	0,05	0,85	0,78	0,94
<i>Neuroticisme</i>	0,07	0,30	1,08	0,60	1,94
<i>Positieve stopervaring</i>	0,44**	0,20	1,55	1,04	2,32

** = $p < 0,01$, * = $p < 0,05$. $R^2 = .58$ (Hosmer & Lemeshow)¹⁰, .55 (Cox & Snell), .74 (Nagelkerke). Model $\chi^2 (21) = 78,83$, $p < .001$.

Cursief gedrukt zijn de voorspellers die significant bijdragen aan het voorspellingsmodel. Op basis van dit model met alle voorspellers is een classificatietabel opgesteld. De classificatietabel is een kruistabel waarin de geobserveerde frequenties in de dataset zijn uitgezet tegen de frequenties die door het model voorspeld zijn. De belangrijkste variabele in deze tabel is 'exp *b*'. Deze regressiecoëfficiënt zegt ons iets over de toegevoegde waarde van de voorspeller voor het gehele model. Een waarde onder de 1 vertelt ons dat het een *negatieve* voorspeller is voor de stopintentie, een waarde boven de 1 vertelt ons dat het een *positieve* voorspeller is voor de stopintentie. In dit geval zijn alle voorspellers positief, op 'leeftijd' na.

Het 95% betrouwbaarheidsinterval is hierbij ook van belang: als '1' binnen dit interval ligt kunnen we niet met zekerheid zeggen of de voorspeller een negatieve of een positieve voorspeller is voor de stopintentie. Naast de 'juist' voorspelde stopintenties zijn er nog een aantal andere statistieken (Hosmer-Lemeshow, Nagelkerke en Cox & Snell) die de sterkte

¹⁰ Hosmer-Lemeshow's R^2 kan berekend worden door het verschil in -2LL te delen door de originele -2LL (Field 2005, pagina 223), of door het verschil in -2LL te delen door de som van -2LL origineel plus het verschil van -2LL (Twisk 2007, p.264). Hier is de methode van Field gebruikt.

van het model aangeven. In de literatuur is geen overeenstemming over welke van deze drie statistieken het meest precies de verklaarde variantie (R^2) weergeeft. Om deze reden zijn alle drie statistieken weergegeven, dit geeft een indruk van de gemiddelde verklaarde variantie van de regressieanalyse.

Tabel 4.18 Classificatietabel volledig regressiemodel voor dichotome uitkomstvariabele ‘stopintentie’

Geobserveerd in steekproef	Stopintentie voorspeld door model		Percentage correct
	Wil niet stoppen	Wil wel stoppen	
Wil niet stoppen	37	7	84,1%
Wil wel stoppen	4	51	92,7%
<i>Totaal</i>			<i>88,9%</i>

N.B. Afkapwaarde is 0,522.

Uit tabel 4.18 blijkt dat het model met 21 voorspellers 92,7% van de respondenten met een stopintentie kan voorspellen. Omdat een model met 21 voorspellende factoren nogal omvangrijk is werden de voorspellers die geen significante bijdrage leveren uit het model verwijderd. In tabel 4.19 staan de zes voorspellers die significant bijdragen aan het model in aflopende belangrijkheid opgesteld, vervolgens is tabel 4.20 de classificatietabel voor dit verkleinde model.

Tabel 4.19 Multipole logistische regressie voor dichotome uitkomstvariabele ‘stopintentie’ – verkleind model

	B	SE	95% BI voor exp b		
			exp b	laagste	hoogste
Toegevoegde voorspeller					
Constante	-15,28**	3,80	0	–	–
BENDEP – preoccupatie	1,24**	0,30	3,45	1,91	6,22
Positieve stopervaring	0,41**	0,13	1,51	1,17	1,94
Positieve stopattitude	0,40**	0,10	1,49	1,22	1,82
Coping – actief aanpakken	0,34*	0,15	1,41	1,06	1,88
Normatieve invloed	0,09*	0,04	1,09	1,01	1,18
Leeftijd	-0,12**	0,03	0,89	0,84	0,95

** = $p < 0,01$, * = $p < 0,05$. $R^2 = .52$ (Hosmer & Lemeshow), .49 (Cox & Snell), .65 (Nagelkerke). Model χ^2 (6) = 65,73, $p < .001$.

Tabel 4.20 Classificatietabel multipole logistische regressie voor dichotome uitkomstvariabele ‘stopintentie’

Geobserveerd in steekproef	Stopintentie voorspeld door model		Percentage correct
	Wil niet stoppen	Wil wel stoppen	
Wil niet stoppen	35	9	79,5%
Wil wel stoppen	7	48	87,3%
<i>Totaal</i>			<i>83,8%</i>

N.B. Afkapwaarde is 0,522.

Zoals te zien is in tabel 4.20 voorspelt het regressiemodel met behulp van de zes voorspellers de stopintentie van 83,8% van de respondenten in deze dataset. De cursieve cijfers geven dus de gevallen aan die het model onjuist heeft voorspeld. Het model is beter in

het voorspellen van respondenten met stopintentie dan het voorspellen van respondenten zonder stopintentie. De betekenis hiervan is dat het model 35,1% meer mensen met een stopintentie juist voorspelt dan wanneer die op basis van toeval zou gebeuren ($87,3\% - 52,2\% = 35,1\%$). Vergelijken met het volledige model met 21 voorspellers betekent dit dat het verwijderen van 15 voorspellers een daling van 1,6% betekent in het juist voorspellen van de stopintentie. Gezien het groot aantal verwijderde voorspellers is dit een zeer acceptabel resultaat. Dit is tevens een controle dat deze voorspellers inderdaad weinig toevoegden aan het model.

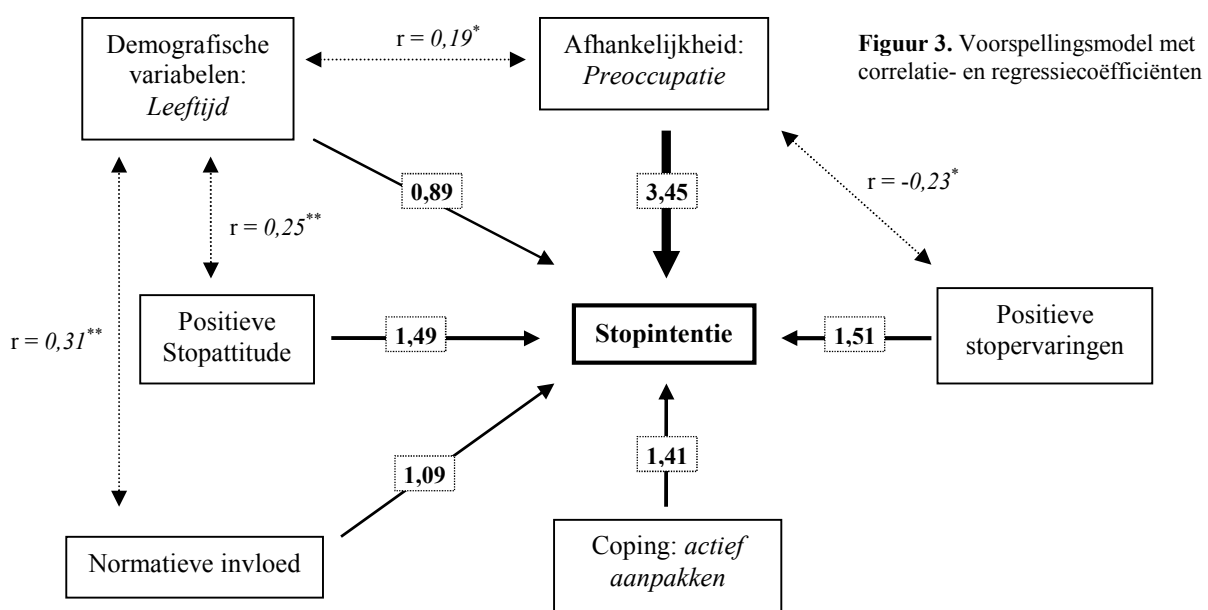
Intercorrelaties voorspellingsmodel

Tabel 4.21 Intercorrelaties voorspellingsmodel: Spearman's ρ

	1	2	3	4	5	6
1. BENDEP-SRQ preoccupatie	–					
2. Positieve stopattitude	0.16	–				
3. Positieve stopervaring	-0.18	0.20*	–			
4. Actief aanpakkende coping	-0.13	-0.07	0.12	–		
5. Normatieve invloed	-0.02	0.08	-0.03	0.01	–	
6. Leeftijd	0.19*	0.25**	-0.08	0.10	-0.31**	–

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

In figuur 3 is een schematische weergave te zien van het uiteindelijke voorspellingsmodel met 6 voorspellende factoren. Cursief zijn significante intercorrelaties weergegeven; dikgedrukt zijn de regressiecoëfficiënten weergegeven. Duidelijk te zien is dat de meeste intercorrelaties verband houden met de leeftijd.



5. Conclusies en discussie

5.1 Conclusies

Voor dit doelgroeponderzoek is een breed scala aan meetinstrumenten ingezet. De respons was groter dan verwacht en bleek demografisch zeer gevarieerd te zijn; vooral opmerkelijk voor een internetvragenlijst was de grote spreiding in leeftijd en het relatief hoge aantal gestopte gebruikers. De medewerking van apotheken viel tegen; slechts vier van de 48 aangeschreven apotheken bleken bereid om flyers voor het onderzoek te plaatsen. Factoranalyse liet zien dat - op de subschaal coping-palliatieve reactie na - alle constructen betrouwbaar waren. In de volgende paragrafen zal antwoord gegeven worden op de onderzoeksvragen en zullen de resultaten, indien relevant, teruggekoppeld worden naar het literatuuronderzoek. Uiteindelijk bleek 52,2% van de steekproef een stopintentie te hebben; hier bovenop gaf nog eens 30% aan nog niet zeker te weten of zij zouden willen stoppen.

5.2 Beantwoording onderzoeksvraag 1

Onderzoeksvraag 1 luidde: “Wat zijn persoonlijkheidskenmerken en attitudes van chronisch benzodiazepinegebruikers?”

De groep (ex-)benzodiazepinegebruikers uit dit onderzoek scoorden zeer hoog op neuroticisme. Ze rapporteerden niet tevreden te zijn over de 5 uur slaap die zij gemiddeld per nacht kregen, hoewel ze niet aan konden geven welk aspect het meest teleurstellend was. Ook was het niet zo dat de ex-gebruikers minder tevreden waren over hun slaap of dat de gebruikers meer tevreden waren over hun slaap. Ruim de helft van de respondenten geeft aan dat ze beter zouden willen slapen.

De groep respondenten die op het moment van invullen van de vragenlijst gestopt was met gebruik was significant jonger en had de benzodiazepinen significant korter gebruikt dan de groep die op het moment van invullen nog wel gebruikte. Een mogelijke verklaring hiervoor hangt met beide samen: de kans dat iemand stopt met benzodiazepinen wordt kleiner naarmate het gebruik langer duurt. Op het moment dat het gebruik nog niet al te lang bezig is, is het aannemelijk dat er nog relatief makkelijk te stoppen valt met het middel. Hier moet de kanttekening bij geplaatst worden dat de respondenten die op het moment van invullen van de vragenlijst gestopt waren het middel toch gemiddeld nog twee jaar gebruikt hebben.

Een opvallend punt bij de totale groep respondenten is dat zij significant hoger op neuroticisme scoren dan de normpopulatie. Omdat de scores van de NEO-FFI als enig meetinstrument in dit onderzoek genormeerd zijn aan de hand van een normpopulatie kan deze conclusie met een redelijke mate van zekerheid gesteld worden. De NEO-FFI bevindt zich aan het begin de vragenlijst en als gevolg daarvan heeft een groot aantal respondenten ($n = 263$) deze lijst ingevuld. Ook was het verschil met het staninegemiddelde van 4,5 groot en statistisch zeer significant. De kans dat dit grote verschil dus aan toeval te wijten is, is erg klein.

Het verschil tussen in neuroticisme tussen respondenten die op het moment van invullen benzodiazepinen gebruikten en de respondenten die op het moment van invullen gestopt waren is klein en statistisch niet significant (tabel 4.12). Dit is niet verwonderlijk; neuroticisme is een persoonlijkheidskenmerk die meestal relatief stabiel blijft over een langere periode. Stoppen of beginnen met het gebruik van benzodiazepinen brengt geen plotselinge verandering in neuroticisme met zich mee. De conclusie die hieruit getrokken kan worden is van een onderliggende aard: neuroticisme is onderdeel van persoonlijkheid en beïnvloedt, zoals ook uit de literatuur blijkt, het benzodiazepinegebruik. De samenhang tussen neuroticisme en angstgevoeligheid kan een verklaring zijn voor het gebruik van kalmeringsmiddelen, de samenhang tussen neuroticisme, stress en coping kan een verklaring zijn voor het gebruik van slaapmiddelen. In tegenstelling tot de resultaten van O'Connor et al (2004) scoorden succesvolle stoppers ook niet lager op neuroticisme. Het is mogelijk dat de in het onderzoek van O'Connor de respondenten die succesvol gestopt waren op de baseline al lager scoorden op neuroticisme; zoals hierboven al opgemerkt is het onwaarschijnlijk dat het stoppen met benzodiazepinen een verandering in de persoonlijkheid teweegbrengt.

Slaap

Een interessant resultaat is dat de respondenten die aangaven gestopt te zijn met benzodiazepinen geen significant slechtere slaap rapporteerden dan de respondenten die op het moment nog benzodiazepinen gebruikten. Deze bevinding kan ook anders gesteld worden, namelijk dat respondenten die benzodiazepinen gebruikten niet beter slapen. De gevreesde slapeloosheid en 'rebound insomnia' blijkt dus cijfermatig niet ondersteund te worden. Een kanttekening is hierbij dat beide groepen hun slaap gemiddeld met nog geen 5 beoordelen maar toch aangeven niet ontevreden te zijn met de duur, diepte, het moment van

inslapen, noch het moment van ontwaken. De vraag blijft over waarom deze respondenten hun slaap relatief negatief beoordelen. Wellicht dat een factor anders dan de duur, diepte, moment van inslapen of ontwaken hier een rol in speelt en dat de respondenten met een onbestemd gevoel van ontevredenheid zitten, 51% geeft namelijk aan dat ze toch beter zouden willen slapen. Verder onderzoek naar wat nu eigenlijk tevredenheid over slaap maakt zou wenselijk zijn.

Concluderend kunnen we vaststellen dat de gehele groep respondenten relatief weinig uren slaapt en ontevreden is over die slaap. De ex-gebruikers slapen niet beter dan de gebruikers, ze slapen ook niet slechter. Het is niet duidelijk welke aspecten van de slaap dusdanig teleurstellend zijn dat alle respondenten hun slaap weinig positief beoordelen.

Stopintentie

In het onderzoek van Gorgels et al. (2007) zouden slechts 9% van de teruggevallen gebruikers instemmen met een nieuwe stopinterventie. In dit onderzoek zijn 45,5% van de respondenten die teruggevallen zijn in gebruik na een stoppoging bereid om weer een stoppoging te ondernemen. Het na een stoppoging terugvallen in benzodiazepinegebruik lijkt voor deze respondenten dus geen demotiverend effect gehad te hebben. Deze conclusie moet echter met enige voorzichtigheid getrokken worden, omdat door onderverdeling de vergeleken groepen relatief klein zijn geworden. Ook is niet gevraagd welke vorm van professionele hulp de respondent ontvangen heeft, en bij welke van de (soms vijf of meer!) stoppogingen deze hulp ontvangen is.

Respondenten werd gevraagd of zij op verzoek van hun arts een maand zouden willen stoppen met het gebruiken van benzodiazepinen. In vergelijking met het onderzoek van Linden, Bär en Geiselman (1998) – waar dit idee uit afkomstig is – verschilt het resultaat uit dit onderzoek nauwelijks. Volgens het oorspronkelijke onderzoek zou 68,8% niet met de tijdelijke stop instemmen, in dit onderzoek zou 65,6% dat niet doen. Het is interessant om te zien dat dit percentage vrijwel identiek is, gezien het feit dat het oorspronkelijke onderzoek ruim 12 jaar oud is en uitgevoerd werd in Berlijn. Benzodiazepineverslaving lijkt dus ongeacht tijd of plaats een relatief constante factor. Volgens Cook et al. (2007c) was angstgevoeligheid een voorspellende factor voor het al dan niet hebben van een stopintentie. In dit onderzoek bleek dat neuroticisme (wat hangt samen angstgevoeligheid) geen voorspellende factor was voor het hebben van een stopintentie.

Effect van professionele hulp

De groep respondenten die aangaf professionele hulp ontvangen te hebben bij een stoppoging was onderverdeeld in een groep die op het moment van invullen van de vragenlijst geen benzodiazepinen meer gebruikte en een groep die op het moment van invullen wel (weer) benzodiazepinen gebruikte. Van die laatste groep kunnen we dus aannemen dat de stoppoging niet succesvol is geweest. Als men een blijvend effect van deze professionele hulp zou veronderstellen zou deze laatste groep dus relatief kleiner moeten zijn dan de groep die terugvallen is in gebruik na een stoppoging zonder professionele hulp. Dit blijkt echter niet het geval; respondenten die professionele hulp kregen vertonen niet significant minder terugval dan de respondenten die op eigen kracht gestopt zijn.

Hier moet echter bij gezegd worden dat de professioneel geholpen terugvallers ook tot een ‘zwaardere’ categorie gebruikers behoorde; zij gebruikten meer benzodiazepinen, scoorden hoger op ontwenningssklachten en neuroticisme en sliepen minder uren ’s nachts (tabel 4.16; allen $p \leq 0,05$). Opvallend is overigens dat deze professioneel geholpen stoppers significant hoger scoren op ontwenningssverschijnselen, maar ook significant minder klachten verwachtten bij een nieuwe stoppoging. Een mogelijke verklaring is dat deze gebruikers na een stoppoging voorbereid zijn op de aard en de ernst van de ontwenningssverschijnselen en daarom verwachten dat het de volgende keer wel mee zal vallen.

Was het terugvallen een teleurstelling? Deze professioneel geholpen groep scoort significant lager op de positieve stopattitude en verwacht significant meer klachten als ze weer zouden stoppen. Toch hebben respondenten die professionele hulp gehad heeft geen significant lagere stopintentie ($\chi^2=1,17$; $df=1$; $p=0,28$). Hoewel hier geen causaal verband vastgesteld kan worden zou er gesteld kunnen worden dat het weer terugvallen in benzodiazepinegebruik na een stoppoging geen negatieve gevolgen heeft gehad voor de eventuele toekomstige stoppoging. Deze bevinding ligt in de lijn van de eerdere bevinding dat achteraf gezien de stoppoging meeviel.

5.3 Beantwoording onderzoeksvraag 2

Onderzoeksvraag 2 luidde: “Welke factoren voorspellen de intentie tot stoppen met benzodiazepinen?”

Uit de resultaten van het voorspellingsmodel blijkt dat stopintentie in deze steekproef voor het grootste gedeelte bepaald wordt door de subschaal preoccupatie van de BENDEP-SRQ. De voorspellende waarde van dit construct wordt op de voet gevolgd door de constructen positieve stopervaring en positieve stopattitude, met daarna normatieve invloed, actief aanpakende coping en leeftijd. Met dit model konden 87,3% van de respondenten met een stopintentie in de steekproef correct geïdentificeerd worden. Dit is 35,1% boven kansniveau. Hieronder zullen deze voorspellers verder besproken worden.

BENDEP-SRQ-preoccupatie

Vooraf in het oog springend is dat de score op de BENDEP-SRQ schaal ‘preoccupatie’ het meest positief bijdraagt aan het model ($\exp b = 3,45$). Immers, volgens de handleiding van de BENDEP-SRQ zijn patiënten die hoog scoren op de preoccupatieschaal ‘moeilijk te bewegen om te stoppen met het benzodiazepinegebruik’ (Kan, 2000). Er zijn redelijk hoge, significante correlaties gevonden tussen preoccupatie en uitkomstverwachtingen ‘meer zelfvertrouwen’ (positief), ‘meer klachten’ (negatief) en ‘beter functioneren’ (negatief). Concreet betekent dit dat respondenten die hoog scoren op preoccupatie verwachten dat als zij stoppen met benzodiazepinen, zij verwachten beter te gaan functioneren, meer zelfvertrouwen te krijgen. Ook verwachten zij dan niet meer klachten te krijgen. Met het vooruitzicht van zulke positieve uitkomstverwachtingen zou het niet logisch zijn dat men moeilijk te bewegen is om te stoppen met gebruik.

De onderzoeksresultaten zijn dus in tegenspraak met deze veronderstelling. Enkele voorbeelditems uit de ‘preoccupatie’-schaal zijn “Ik neem op tijd medicijnen omdat ik anders klachten krijg” en “Ik ben in gedachten veel met medicijnen bezig”. Een alternatieve interpretatie voor deze preoccupatieschaal zou zijn van men ook wel ‘lijdensdruk’ noemt: de gewaarwording dat men psychisch of lichamelijke problemen ondervindt door het gebruik van de benzodiazepinen. Een mogelijke verklaring is dat preoccupatie, dus het sterk bezig zijn met het voorhanden hebben van benzodiazepine en het op tijd in kunnen nemen van de middelen geen onbewust proces is: als men van zichzelf door heeft dat de benzodiazepinen een groot deel van het leven beheersen zou preoccupatie ook opgevat kunnen worden als een vorm van probleembesef. Het continu bezig zijn met benzodiazepinen legt dan een zware last op het dagelijks leven van de gebruiker, en de behoefte om van deze last af te komen zou dan groter zijn naarmate men meer probleembesef heeft.

Dit is opmerkelijk, omdat volgens de auteurs juist het construct ‘problematisch gebruik’ de “mate van besef van problematisch benzodiazepinegebruik” zou moeten vertegenwoordigen (Kan et al., 1999, p.81). Hierdoor rijst de vraag of het misschien mogelijk is dat de constructen in feite één construct, te weten ‘probleembesef’ vertegenwoordigen. Uit exploratieve factoranalyse kon dit echter niet bevestigd worden. In paragraaf 6.2 wordt verder ingegaan op een alternatieve factorstructuur van de BENDEP-SRQ.

De significante positieve correlatie tussen de schalen preoccupatie en problematisch gebruik ($r=0,40$, $p\leq 0,01$; tabel 4.9) is ook een aanwijzing voor deze gedachte. Voorbeelditems uit de schaal ‘problematisch gebruik’ zijn “anderen dringen er op aan dat ik minder benzodiazepinen ga gebruiken” en “ik geloof dat de benzodiazepinen mijn leven kapot maken” en geven ook een probleembesef aan. Ondanks de hoge positieve correlatie tussen de constructen ‘preoccupatie’ en ‘problematisch gebruik’ bleek deze laatste echter geen voorspeller voor een stopintentie; dit zou men wel verwachten als beide constructen dezelfde achterliggende gedachte zou vertegenwoordigen. Hiernaast laat, zoals eerder genoemd, een exploratieve factoranalyse zien dat de beide constructen niet zonder meer in één factor te passen zijn.

Positieve stopattitude

Een relatie tussen een positieve stopattitude en de intentie tot stoppen ligt voor de hand. Immers, door een positieve attitude ten opzichte van een gedrag zal iemand eerder geneigd zijn dit gedrag te vertonen. Een positieve stopattitude blijkt een significante voorspeller voor het hebben van een stopintentie. Er zijn hoge positieve correlaties gevonden tussen positieve stopattitude en de uitkomstverwachtingen 'als ik stop met benzodiazepinen krijg ik meer zelfwaardering' en 'als ik stop met benzodiazepinen zal ik beter functioneren' (tabel 4.10). Deze twee uitkomstverwachtingen blijken echter afzonderlijk geen voorspeller te zijn voor een stopintentie (tabel 4.17). De conclusie hieruit is dat zij een indirecte maar geen doorslaggevende rol spelen.

Als de attitude ten opzichte van stoppen een positieve voorspellende factor is voor het al dan niet hebben van een stopintentie ligt het voor de hand om te verwachten dat een negatieve stopattitude een negatieve voorspellende factor is. Dit blijkt echter niet het geval te zijn: uit het model is niet af te leiden dat het construct ‘negatieve stopattitude’ significant positief dan wel negatief bijdraagt aan het voorspellingsmodel (tabel 4.17). Een negatieve

houding ten opzichte van stoppen hoeft dus niet direct te betekenen dat de kans dat iemand een stoppoging afwijst.

Coping

Een actief aanpakkende copingstijl blijkt een ongeveer even grote voorspeller voor het hebben van een stopintentie te zijn als een positieve stopattitude en positieve stopervaringen. Iemand die zijn of haar benzodiazepinegebruik als problematisch ervaart en een overwegend actieve copingstijl hanteert zal eerder geneigd zijn om het problematische gebruik aan te pakken dan iemand die geneigd is het probleem te vermijden of te bagatelliseren. Het construct actief aanpakkende coping had een redelijk hoge, significante negatieve correlatie met neuroticisme en een redelijk hoge, significante positieve correlatie met coping-construct ‘sociale steun zoeken’ (tabel 4.9). Dit kan verklaard worden door het feit dat, in tegenstelling tot bijvoorbeeld een vermijdende / afwachtende copingstijl, sociale steun zoeken een actieve, positieve manier van coping is.

Volgens Zandstra et al. (2004) is er een samenhang tussen vermijdende / afwachtende coping en een hoger en langdurig benzodiazepinegebruik. In dit onderzoek bleek de correlatie tussen de duur van het benzodiazepinegebruik en de dosis ingenomen benzodiazepinen nauwelijks te correleren met de somscore op vermijdende / afwachtende coping.

Concluderend kan gesteld worden dat de respondenten die als copingstijl een actieve aanpak van problemen gebruiken een hogere stopintentie hebben dan respondenten die weinig actieve coping toepassen.

Positieve stopervaring

Deze voorspeller heeft een status aparte binnen de voorspellers: het als enige voorspeller gebaseerd op hoe de respondent een eerdere stoppoging ervaren heeft, en in die hoedanigheid werd deze dus niet gemeten bij de respondenten die nog nooit een stoppoging gedaan hebben. Het overgrote deel van de respondenten had echter al eens een stoppoging gedaan, dus deze voorspeller kon gebruikt worden in de analyse. Evenals bij een positieve stopattitude ligt het bij een positieve stopervaring min of meer voor de hand dat een positieve stopervaring een voorspellende factor is voor een stopintentie. Echter, het feit dat deze mensen al eens eerder gestopt waren of geprobeerd hadden te stoppen geeft aan en dat zij nu weer een stopintentie hebben betekent per definitie dat deze mensen weer benzodiazepinen

zijn gaan gebruiken. Het mislukken van een stoppoging heeft blijkbaar geen demotiverend effect gehad op de toekomstige stopintentie. Dit wordt cijfermatig ondersteund; de gemiddelde respondent heeft 2,5 stoppogingen ondernomen en 22% van de respondenten gaf aan al vijf maal of vaker een stoppoging ondernomen te hebben (zie §4.4).

De algemene conclusie die hieruit te trekken valt is dan ook dat stoppen met benzodiazepinen – achteraf gezien – minder zwaar was voor de respondenten dan gedacht. In de vergelijking tussen respondenten die nog nooit een stoppoging gedaan hebben en respondenten die één of meerdere stoppogingen ondernomen is dit resultaat terug te zien: respondenten die een stoppoging ondernomen hebben een significant hogere positieve stopattitude, verwachten beter te gaan functioneren en meer zelfwaardering te krijgen en verwachten niet meer klachten als zij weer een stoppoging ondernemen (tabel 4.14). Een alternatieve interpretatie van deze resultaten is dat respondenten die nog nooit gestopt zijn onterecht verwachten dat dit erg zwaar zal zijn.

Normatieve invloed

De normatieve invloed was een significante positieve voorspeller voor de stopintentie. Dit is belangrijk om te weten, omdat dit betekent dat de arts de patiënt kan aanzetten tot stoppen met benzodiazepinegebruik. Zoals uit de literatuurstudie bleek is er vaak geen sprake van een revaluatie van het benzodiazepinegebruik en worden de meeste benzodiazepinen als herhaalrecepten zonder tussenkomst van de arts verstrekt. Ook bleek uit de literatuur dat een stopbriefinterventie effectief is; bij een dergelijke interventie krijgt de gebruiker een brief thuisgestuurd met informatie over de nadelige gevolgen van langdurig benzodiazepinegebruik gevolgd door het advies om te stoppen met de benzodiazepinen. De conclusie dat normatieve invloed een positieve voorspeller voor de stopintentie is, zou deels een bevestiging van de effectiviteit van deze stopbrieven kunnen zijn. Het is echter niet zeker of deze stopbrieven ook zouden werken als deze expliciet niet van een arts afkomstig zijn.

Leeftijd

De factor ‘leeftijd’ is de enige negatieve voorspeller voor stopintentie in het model. Concreet betekent dit dat er bij de respondenten met een lagere leeftijd een hogere stopintentie aanwezig was. Dit kan verband houden met de positieve correlatie tussen leeftijd en gebruiksduur; respondenten met een hogere leeftijd gebruikten ook langer

benzodiazepinen. Uit de literatuur was al bekend dat hoe langer het benzodiazepinegebruik al had plaatsgevonden, hoe lager de stopintentie was. Het negatieve verband tussen leeftijd en stopintentie is op deze manier te verklaren; oudere gebruikers die al langer gebruiken zullen Opvallend in het voorspellingsmodel is dat de meeste intercorrelaties verband houden met de factor leeftijd.

5.2 Praktisch nut

In deze steekproef gaf ruim de helft van de respondenten aan te willen stoppen met benzodiazepinen; nog eens een derde gaf aan nog niet zeker te weten of zij wilden stoppen. Binnen deze laatste groep zijn dus nog mensen te motiveren om te stoppen met benzodiazepinen. Hoe kunnen de onderzoeksresultaten gebruikt worden om deze potentiële cliënten aan te spreken of over te halen een stoppoging te doen?

De verdeling van leeftijd was erg breed binnen deze steekproef, de leeftijd van de respondenten varieerde van 16 tot en met 88 jaar. De gemiddelde leeftijd lag voor de doelgroep (de gebruikers die op het moment van invullen aangaven nog benzodiazepinen te gebruiken) rond de 50 tot 55 jaar. Gezien deze leeftijd zou voor de werving van cliënten via het internet op specifieke sites ingezet kunnen worden voor deze leeftijdsgroep; enige van deze sites zijn gemeld in §3.2. In deze steekproef gaf slechts 20% expliciet aan niet te willen stoppen. Dit betekent dat er potentieel een enorme doelgroep is, zelfs in het geval dat een groot gedeelte van de doelgroep met een stopintentie geen interesse heeft in een internetbehandeling.

Achteraf vielen stoppogingen (al dan niet geslaagd) mee, ook bleken ex-gebruikers niet slechter te slapen dan de gebruikers. Dit is in overeenstemming met de in de literatuur algemeen heersende opvatting dat de positieve effecten van benzodiazepinen na verloop van tijd verdwijnen. Dit is een belangrijk punt voor werving; veel gebruikers hechten zeer aan de – al dan niet correct aan het middel toegeschreven – werking van de benzodiazepinen. Als potentiële cliënten aangegeven kan worden dat zij niet slechter zullen gaan slapen en dat stoppen waarschijnlijk mee zal vallen zal dit de groep van 30% gebruiker die nog niet weet of zij willen stoppen met gebruik zeker aanspreken.

Wat is het praktisch nut van het voorspellingsmodel binnen de internetbehandeling Benzodebaas.nl? Op het eerste gezicht zou gesteld kunnen worden dat het voorspellen van

een stopintentie weinig relevantie heeft voor de behandeling. Potentiële cliënten die geïnteresseerd zijn in de behandeling melden zich immers vanzelf, en van de cliënten die al gestart zijn met de internetbehandeling kan men toch redelijkerwijs aannemen dat zij een stopintentie hebben.

In dit onderzoek is ‘stopintentie’ – ook om redenen van statistische aard – neergezet als een dichotome ja/nee kwestie. In de werkelijkheid zal dit echter, zoals gemeld in §3.3.2 een glijdende schaal zijn. Dit betekent dat de stopintentie dus verhoogd en verlaagd kan worden. De toegevoegde waarde van dit voorspellingsmodel ligt in de aangrijpingspunten die de voorspellers bieden om de stopintentie te versterken en zo de kans te vergroten dan een cliënt de behandeling succesvol afrondt of te voorkomen dat de cliënt de behandeling voortijdig staakt. Het is niet zo dat alle factoren te beïnvloeden zijn – de factor leeftijd laat zich niet veranderen. Ook is het waarschijnlijk onwenselijk dat de cliënt aangespoord wordt om een hogere preoccupatie te vertonen ten opzichte van benzodiazepinen. Op deze wijze blijven vier voorspellende factoren over die als aangrijpingspunt kunnen dienen.

Positieve stopattitude

De positieve stopattitude kan als aangrijpingspunt dienen om de stopintentie te verhogen. Positieve stopattitude richtte zich in dit onderzoek op een positieve perceptie van stoppen; dat wil zeggen de perceptie dat stoppen bijvoorbeeld voordelig zou zijn, of een hele opluchting. Het versterken van deze percepties bij de cliënt zou dus de stopattitude en daarmee de stopintentie kunnen verhogen.

Positieve stopervaring

In eerste instantie lijkt het logisch dat een cliënt zonder eerdere stopervaring geen positieve stopervaring aangemeten kan krijgen. De cliënt kan echter wel gewezen worden op het feit dat velen hem of haar zijn voorgegaan, en dat het stoppen achteraf erg meeviel. Zo kan er op gewezen worden dat gestopte gebruikers niet slechter slapen dan mensen die nog benzodiazepinen gebruiken. Overigens moet op basis van dit onderzoek geconcludeerd worden dat de overgrote meerderheid van de benzodiazepinegebruikers al eens een stoppoging ondernomen heeft, en dat deze stopervaring moeilijk was (een weinig positieve ervaring was) of meegevallen was (een positieve ervaring was).

Actief aanpakkende coping

Actief aanpakkende coping is op twee manieren een belangrijk aangrijpingspunt: niet alleen kan het gebruikt worden om de stopintentie te verhogen, wellicht nog wel belangrijker is dat het terugval na de stoppoging kan verkleinen. Feitelijk moet de cliënt weer de regie over stressvolle situaties overnemen van de benzodiazepinen. Hier moet bij vermeld worden dat de technieken van cognitieve gedragstherapie zoals deze wordt toegepast in de internetbehandelingen van Tactus Verslavingszorg al inspelen op het herkennen van (en omgaan met) probleemsituaties.

Normatieve invloed

De laatste beïnvloedbare voorspeller is de normatieve invloed; oftewel de invloed die de arts heeft op het gebruik van de patiënt. Als de arts achter de stoppoging van de cliënt staat zal de stopintentie verder verhoogd worden. Dit hoeft de arts niet veel tijd te kosten; uit de literatuur bleek dat een eenvoudige brief met informatie al kan leiden tot een verandering in het benzodiazepinegebruik. Ook is er uit de literatuur bekend dat het benzodiazepinegebruik nauwelijks ter sprake komt tijdens een huisartsenconsult, vooral niet als dit consult over niet-benzodiazepinegerelateerde zaken gaat. Ook weten veel gebruikers niet wat het standpunt van hun arts ten aanzien van hun benzodiazepinegebruik is. Als de cliënt met de arts specifiek over het benzodiazepinegebruik in gesprek gaat kan dit een positieve uitwerking hebben op de stopintentie en –motivatie, vooral als blijkt dat de arts eigenlijk tegen het gebruik van de benzodiazepinen is.

5.3 Aanbevelingen

Op basis van de beantwoording van onderzoeksvragen 1 en 2 zijn een aantal praktische conclusies en aandachtspunten voor behandelaars opgesteld. Hieronder worden puntsgewijs deze conclusies en aandachtspunten samengevat:

1. Stoppen met benzodiazepinen is achteraf minder zwaar dan verwacht
2. Er is geen bewijs dat stoppen met benzodiazepinen leidt tot slechtere slaap
3. Ruim 80% van de gebruikers hebben al een keer een stoppoging gedaan

4. De overgrote meerderheid van gebruikers lukt het niet om in één keer te stoppen, wees niet teleurgesteld als het niet in één keer lukt
5. Mensen die terugvallen na een stoppoging laten zich niet snel demotiveren
6. Coping is een belangrijke eigenschap om langdurig benzodiazepinegebruik te voorkomen
7. Coping is een belangrijke eigenschap om langdurig benzodiazepinegebruik te beëindigen
8. Coping is een belangrijke eigenschap om terugval te voorkomen na een stoppoging
9. De kans dat een cliënt een eerdere stoppoging heeft gedaan is groot. Informeren naar hoe deze stoppoging verliep en inspelen op de makkelijke en moeilijke momenten kan de motivatie verhogen.

En als laatste, op basis van de beïnvloedbare voorspellers van het model, nog vier aangrijpingspunten die kunnen helpen om de stopintentie van de cliënt te verhogen:

1. Laat de cliënt beseffen hoe prettig het zal zijn om van de benzo's af te zijn
2. Laat de cliënt weten dat ex-gebruikers het stoppen mee vonden vallen
3. Geef de cliënt praktische gereedschappen om met moeilijke situaties om te gaan
4. Mobiliseer de arts van de cliënt; laat de cliënt duidelijk maken dat hij of zij niet langer benzodiazepinen wenst te gebruiken.

6. Beperkingen en opmerkingen

6.1 Methode

6.1.1. Operationalisatie uitkomstvariabele

Zoals al eerder opgemerkt is in dit onderzoek de stopintentie geoperationaliseerd als dichotome uitkomstvariabele: ja en nee. Er was een redelijk grote groep respondenten die op de vraag 'bent u van plan om te stoppen met benzodiazepinen' antwoordden met 'weet ik nog niet'. Er zijn geen aannames gedaan over de fractie gebruikers binnen deze 'weet niet' groep die op termijn wel of geen stopintentie zouden hebben. Deze groep is daarom in zijn geheel ondergebracht in de groep die geen stopintentie heeft. Het gevolg hiervan voor de uitkomsten van dit onderzoek is dat de inschatting van de fractie respondenten met een stopintentie

(52,2%) te laag ingeschat is. Het uiteindelijke percentage respondenten met een stopintentie zal dus in werkelijkheid hoger liggen.

6.1.2. Vragenlijst en respons

Aan anonieme vragenlijsten kleven nadelen. Er is immers geen controle over wie de vragenlijst invult en of deze gegevens daadwerkelijk kloppen. Sociaal wenselijk antwoorden of desinteresse in de vragenlijst kunnen de respons van proefpersonen beïnvloeden. Zo kan men zich afvragen of zelfgerapporteerd benzodiazepinegebruik overeenkomt met daadwerkelijk benzodiazepinegebruik. Immers, iemand die veel benzodiazepinen gebruikt en zich daar voor schaamt, zal zich wellicht in een beter daglicht proberen te stellen. Dit probleem is uiteraard niet exclusief voor benzodiazepinen, maar speelt voor alle vormen van middelen zoals roken, alcohol en andere verslavende middelen. Uit een onderzoek van Petitti, Friedman en Kahn (1981) blijkt echter dat zelfgerapporteerd rookgedrag en fysiologische controlemaatregelen (een speekselmonster) een zeer hoge correlatie vertonen. Hieruit kunnen wij opmaken dat zelfgerapporteerd middelengebruik niet per definitie onbetrouwbaar hoeft te zijn.

Voor wat betreft sociaal wenselijke antwoorden is het, gezien het vrijblijvende en anonieme karakter van dit onderzoek, niet waarschijnlijk dat dit respondenten in dit onderzoek belang hebben bij het moedwillig opgeven van een lager of hoger benzodiazepinegebruik. In tegenstelling tot persoonlijk afgenomen vragenlijsten is er immers niemand – behalve misschien iemand die in de buurt is van de respondent - die de respondenten ‘op de vingers’ kijkt tijdens het invullen van de vragenlijst. De respondent zou geen voordeel halen bij het moedwillig verkeerd invullen van de vragenlijst.

Met betrekking tot de instroom van respondenten was het opvallend dat op de twee momenten waarop er landelijke media-aandacht werd besteed aan de website www.benzodebaas.nl er ook een duidelijke piek in het aantal respondenten te zien was. Naar alle waarschijnlijkheid is dit vrijwel volledig te danken aan de prominente vermelding van het onderzoek op de voorpagina van www.benzodebaas.nl. Een aanbeveling voor eventuele volgende onderzoeken naar internetbehandelingen van Tactus Verslavingszorg is dan ook om het onderzoek te vermelden op de voorpagina van de bewuste behandeling, omdat de voorpagina het brandpunt is van alle (media)aandacht rond die internetbehandeling.

Vragenlijstsoftware

De afname van de vragenlijst in Surveymonkey verliep niet vlekkeloos. Op diverse momenten werden dubbele respondenten geregistreerd; ook is tussen pagina's op een aantal momenten een groot aantal uitvallers te zien (zie bijlage 1). Het is helaas niet achteraf vast te stellen wat de oorzaak hiervan is omdat niet te registreren is wat de gebruikers op dat moment aan het doen waren. Het is mogelijk dat de respondent uit eigen beweging gestopt is met de vragenlijst aan het einde of begin van een pagina, maar de uitval zou ook te wijten kunnen zijn aan een technische storing. Voor wat betreft het foutief dubbel registreren van de respondenten kon de helpdesk van Surveymonkey de onderzoeker niet verder helpen. Toekomstige gebruikers van deze surveysoftware zouden hier rekening mee moeten houden en een uitgebreide test van de vragenlijst uit moeten voeren voordat deze ingezet wordt.

Over het algemeen was de uitval in het eerste gedeelte van de vragenlijst het grootst; later in de vragenlijst was de uitval relatief klein. Opvallend is de grote uitval tussen de bepaling van de stopintentie en de bepaling van het soort middelen ($n = 22$, zie bijlage 1, midden rechts). Helaas is niet te achterhalen of deze uitval het resultaat is van een technische storing of dat veel respondenten al dan niet toevallig op dit moment gestopt zijn met de vragenlijst. Deze uitval buiten beschouwing gelaten lijkt het er echter op dat respondenten die eenmaal halverwege zijn ook de motivatie hebben om de vragenlijst volledig in te vullen.

Registratie URL

De vragenlijsten van Surveymonkey worden gehost op servers van Surveymonkey. Respondenten kunnen de vragenlijst bereiken via een lange, moeilijk te onthouden URL zoals <https://www.surveymonkey.com/s/3YLVJLZ>. Het registreren van de URL www.benzo-onderzoek.nl was een uitkomst voor de communicatie. Ook gaf het een meer professionele uitstraling aan het onderzoek. Voor toekomstige onderzoeken voor de internetbehandelingen van Tactus Verslavingszorg zou het te overwegen zijn om hier per internetbehandeling een subdomein aan te maken zoals <http://onderzoek.benzodebaas.nl>. Op deze manier kunnen alle onderzoeksactiviteiten per internetbehandeling gebundeld worden en kan eenvoudig naar deze subdomeinen verwezen worden door de onderzoekers. Ook kan het op de respondenten een meer betrouwbare indruk maken dan een adres dat verwijst naar de – voor de respondent waarschijnlijk onbekende – organisatie Surveymonkey.

6.2 Meetinstrumenten

Neuroticisme

Het meetinstrument voor neuroticisme liet een buitengewoon hoge Cronbach's alpha zien ($\alpha = .90$). Concreet betekent dit dat de vragen vrijwel allemaal hetzelfde construct meten. Hoewel de NEO-FFI al de verkorte uitvoering van de volledige NEO-PI-R is het goed mogelijk dat de NEO-FFI nog korter dan 15 items afgenomen kan worden zonder afbreuk te doen aan de validiteit.

BENDEP-SRQ

Een beperking in het toepassen van de BENDEP-SRQ was dat tijdens de factoranalyse van de duidelijk werd dat enkele items een zeer lage factorlading lieten zien op de factor waar zij op zouden moeten laden. Zo liet item 9 een factorlading van .00 zien op de vooronderstelde subschaal 'gebrek aan therapietrouw'. De factorstructuur voor de overige subschalen kon niet bevestigd worden. Desondanks was in dit onderzoek de interne consistentie voor de vooronderstelde subschalen redelijk. Uit de inhoud van de items was het moeilijk om een alternatieve factorstructuur te interpreteren. Verder was de interne consistentie van de originele factorindeling redelijk tot goed, en biedt de alternatieve factorstructuur niet veel verbetering op dit vlak. Ook omwille van de vergelijkbaarheid met andere onderzoeken die gebruik maken van de BENDEP-SRQ is er voor gekozen om de oorspronkelijke factorstructuur te behouden. In tabel 6.1 is de exploratieve factoranalyse van de BENDEP-SRQ in detail weergegeven.

Tabel 6.1 Exploratieve factoranalyse BENDEP-SRQ, N = 138

	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V
Cronbach's α	.83	.76	.73	.69	.38
Verklaarde variantie	14,9%	13,3%	11,7%	10,8%	8,3%
Cum. Verkl. Variantie	14,9%	28,2%	40,0%	50,7%	59,0%
Item 16	86	4	-2	0	-4
Item 19	78	7	12	7	13
Item 18	74	-3	1	-2	2
Item 20	73	4	29	4	15
Item 17	54	8	6	25	-19
Item 8	3	74	4	-3	27
Item 9	-15	63	-7	4	-18
Item 11	7	61	22	28	27
Item 15	18	58	-1	45	-22
Item 13	21	52	2	-11	47
Item 12	1	48	32	35	22
Item 3	24	38	31	18	15
Item 5	11	-1	84	5	-1
Item 2	5	10	83	10	-21
Item 1	13	5	75	4	10

Item 14	-1	-12	16	80	17
Item 7	7	29	9	77	16
Item 4	25	47	-6	52	-20
Item 10	-2	1	-5	5	71
Item 6	3	12	0	13	65

In de gevonden factorstructuur liet factor V een lage Cronbach's alfa zien. Bij het bekijken van deze items bleek dat deze qua inhoud toch niet aansluiten bij de vooronderstelde factor in de beleving van de onderzoeker. De twee items in factor IV zijn respectievelijk "De benzodiazepinen werken tegenwoordig minder goed dan vroeger (item 6)" en "Ik denk er over te stoppen met benzodiazepinen (item 10)". Beiden worden voorondersteld te behoren bij factor 'problematisch gebruik'. Het is discutabel of het uitdrukken van een stopintentie een goede indicator is voor eigen inzicht van problematisch gebruik, omdat het uitdrukken van een stopintentie niet direct gemotiveerd hoeft te zijn door een interne wens om te stoppen, maar door bijvoorbeeld druk van de omgeving. Met betrekking tot item 6 is het maar zeer de vraag of een verminderde werking van benzodiazepinen op den duur bij iedere langdurig gebruikers optreedt.

De conclusie die te trekken is uit de resultaten van dit onderzoek en de exploratieve factoranalyse is dat de BENDEP-SRQ een nuttig instrument kan zijn om de ernst van een benzodiazepineverslaving in te schatten. De uitleg dat patiënten die hoog scoren op het construct 'preoccupatie' moeilijk te bewegen zijn om te stoppen (Kan, 2000) kan aan de hand van dit onderzoek niet bevestigd worden; in tegendeel: preoccupatie lijkt juist samen te hangen met een sterkere stopintentie.

Groepsvergelijkingen

Een kanttekening moet geplaatst worden bij de groepsvergelijkingen tussen de respondenten die ooit een stoppoging ondernemen hadden en de groep die nog nooit een stoppoging ondernomen hadden. De groep die nog nooit een stoppoging ondernomen had was relatief klein ($n = 31$). Er is daarom een kleine kans dat de gevonden resultaten op toeval berusten.

6.3 Literatuur

Er is een redelijke hoeveelheid literatuur over benzodiazepinegebruikers te vinden. Veel daarvan gaat echter over een groep benzodiazepinegebruikers van beperkte omvang die al bezig is met een vorm van stopinterventie. De meeste onderzoeken zijn ook geografisch

geconcentreerd rond een bepaald verzorgingsgebied van een huisartsencombinatie of een medische instelling. Voorts is het leeuwendeel van de Nederlandse literatuur over stoppen met benzodiazepinen afkomstig van een relatief kleine groep onderzoekers. Dit hoeft geen beperking te zijn, echter, veel gepubliceerde artikelen blijken naar dezelfde steekproef of dezelfde stopinterventies te verwijzen. Uitspraken over de representativiteit van deze onderzoeken moeten daarom met enige voorzichtigheid gedaan worden.

7. Referenties

- Ajzen, I. (2006). *Constructing a TPB questionnaire: conceptual and methodological considerations*. Verkregen op 23 juni 2009, via University of Massachusetts site: <http://www.people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Anthierens, S., Habraken, H., Petrovic, M., Christiaens, T. (2007a). The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 214-219.
- Anthierens, S., Habraken, H., Petrovic, M., Deveugele, M., De Maeseneer, J. & Christiaens, T. (2007b). First benzodiazepine prescriptions, qualitative study of patients' perspectives. *Canadian Family Physician*, 53, 1200-1201.
- Arber, S., Bote, M. & Meadows, R. (2009). Gender and socio-economic patterning of self-reported sleep problems in Britain. *Social Science and Medicine*, 68(2), 281-9.
- Barnas, C., Fleischhacker, W.W., Whitworth, A.B., Schett, P., Stuppäck, C. & Hinterhuber, H. (1991). Characteristics of benzodiazepine long-term users: investigation of benzodiazepine consumers among pharmacy customers. *Psychopharmacology*, 103(2), 233-239.
- Barter, G. & Cormack, M. (1996). The long-term use of benzodiazepines: patients' views, accounts and experiences. *Family Practice*, 13, 491-497.
- Bashir, K., King, M., & Ashworth, M. (1994). Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *British Journal of General Practice*. 44(386), 408-412.
- Belleville, G. & Morin, C.M. (2008). Hypnotic discontinuation in chronic insomnia: impact of psychological distress, readiness to change and self-efficacy. *Health Psychology*, 27, 239-248.
- Berthelon, C., Bocca, M.L., Denise, P. & Pottier, A. (2003). Do zopiclone, zolpidem and flunitrazepam have residual effects on simulated task [sic] of collision anticipation? *Journal of Psychopharmacology*, 17, 324-331.

- Bish A., Golombok, S., Hallstrom, C. & Fawcett, S. (1996). The role of coping strategies in protecting individuals against long-term transquillizer use. *British Journal of Medical Psychology*, 69, 101-115.
- Bolton, J.M., Metge, C., Lix, L., Prior, H., Sareen, J. & Leslie, W.D. (2008). Fracture risk from psychotropic medications: a population-based analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 28, 384-391.
- Busto, U.E., Sykora, K. & Sellers, E.M. (1989). A clinical scale to assess benzodiazepine withdrawal. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 9, 412-416.
- Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Austin, D., Richards, J., Öst, L-G. & Andersson, G. (2007). Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Computers in Human Behavior*, 23, 1421 – 1434.
- Chang, C.M., Wu, E.C., Chang, I.S. & Lin, K.M. (2008). Benzodiazepine and risk of hip fractures in older people: a nested case-control study in Taiwan. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 686-692.
- Christopherson, A.S. & Mørland, J. (2008). Frequent detection of benzodiazepines in drugged drivers in Norway. *Traffic Injury Prevention*, 9, 98-104.
- College voor Zorgverzekeringen. Farmacotherapeutisch Kompas. Geraadpleegd op 16 maart, 2009, op <http://www.fk.cvz.nl/>.
- College voor Zorgverzekeringen. GIPdatabank. Geraadpleegd op 16 maart, 2009, en op 23 januari, 2010 op <http://www.gipdatabank.nl/>.
- Cook, J.M., Marshall, R., Masci, C., & Coyne, J.C. (2007a). Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. *Society of General Internal Medicine*, 22, 303-307.
- Cook, J.M., Biyanova, T., Masci, C. & Coyne, J.C. (2007b). Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. *Society of General Internal Medicine*, 22, 1094-1100.
- Cook, J.M., Biyanova, T., Thompson, R. & Coyne, J.C. (2007c). Older primary care patients' willingness to consider discontinuation of chronic benzodiazepines. *General Hospital Psychiatry*, 29(5), 396-401.
- Cumming, R.G. & Klineberg, R.J. (1993). Psychotropics, thiazide diuretic and hip fractures in the elderly. *Medical Journal of Australia*, 158(6), 414-417.

- Curran, H.V. (1986). Tranquillising memories: a review of the effects of benzodiazepines on human memory. *Biological Psychology*, 23, 179-213.
- Dubois, S., Bédard, M., Weaver, B. (2008). The impact of benzodiazepines on safe driving. *Traffic Injury Prevention*, 9, 404-413.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS (second edition)*. Londen: Sage Publications.
- Formiga, F., Lopez-Soto, A., Duaso, E., Chivite, D., Ruiz, D., Perez-Castejon, J.M., Navarro, M. & Pujol, R. (2008). Characteristics of falls producing hip fractures in nonagenarians. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 12, 664-667.
- Francis, J.J., Eccles, M.P., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy, R., Kaner E.F.S., Smith, L., Bonetti, D. *Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour*. Verkregen op 23 juni 2009 via University of Massachusetts site: <http://people.umass.edu/aizen/pdf/Francis%20etal.TPB%20research%20manual.pdf>
- Ghoneim, M.M. & Mewaldt, S.P. (1990). Benzodiazepines and human memory: a review. *Anesthesiology*, 72, 926-938.
- Gorgels, W.J.M.J., Oude Voshaar, R.C., Mol, A.J.J., van de Lisdonk, E.H., Mulder, J., van den Hoogen, H., van Balkom, A.J.L.M., Breteler, M.H.M. & Zitman, F.G. (2007). Consequences of a benzodiazepine discontinuation programme in family practice on psychotropic medication prescription to the participants. *Family Practice*, 24, 504-510
- Gorgels, W.J.M.J., Oude Voshaar, R.C., Mol, A.J.J., van de Lisdonk, E.H., Mulder, J., van den Hoogen, H., van Balkom, A.J.L.M., Breteler, M.H.M. & Zitman, F.G. (2008). A benzodiazepine discontinuation programme does not increase the frequency of contacts with the family practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26, 74-79.
- Gosling, S.D., Vazire, S., Srivastava, S. & John, O.P. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *American Psychologist*, 59, 2, 93-104.
- Gustavsen, I., Bramness, J.G., Skurtveit, S., Engeland, A., Neutel, I. & Mørland, J. (2008). Road traffic accident risk related to prescription of the hypnotics zopiclone, zolpidem, flunitrazepam and nitrazepam. *Sleep Medicine*, 9, 818-822.
- Gutiérrez-Lobos, K., Fröhlich, S., Quiner, S., Haring, C., Barnas, C. (2001). Prescription patterns and quality of information provided for consumers of benzodiazepines. *Acta Medica Austriaca*, 28(2), 56-59.

- Hoekstra, H.A., Ormel, J. & De Fruyt, F. (1996). NEO PI-R - NEO FFI. Big Five Persoonlijkheidsvragenlijsten. Handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Holbrook, A.M., Crowther, R., Lotter, A., Cheng, C. & King, D. (2000). Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 225-233.
- Hollister, L.E., Motzenbecker F.P. & Degan, R.O. (1961). Withdrawal reactions from Chlordiazepoxide ("Librium"). *Psychopharmacologia*, 2, 63-68.
- Hong, R.Y. (2009). Neuroticism, anxiety sensitivity thoughts, and anxiety symptomatology: insights from an experience-sampling approach. *Cognitive Therapy Research*, 1, 24-36.
- Hulten, van, R., Bakker, A.B., Lodder, A.C., Teeuw, K.B., Bakker, A. & Leufkens, H.G. (2001). Determinants of change in the intention to use benzodiazepines. *Pharmacy World and Science*, 23(2), 70-75.
- Hulten, van, R., Bakker, A.B., Lodder, A.C., Teeuw, K.B., Bakker, A. & Leufkens, H.G. (2003). The impact of attitudes and beliefs on length of benzodiazepine use: a study among inexperienced and experienced benzodiazepine users. *Social Science and Medicine*, 56, 1345-1354.
- Hulten, van, R., Teeuw, B., Bakker, A. & Leufkens, H.G. (2005). Initial benzodiazepine use and improved health-related quality of life. *Pharmacy World & Science*, 27, 21-26.
- Jones, A.W. (2005). Driving under the influence of drugs in Sweden with zero concentration limits in blood for controlled substances. *Traffic Injury Prevention*, 6, 317-322.
- Kales, A., Scharf, M.B., Kales, J.D. & Soldator, C.R. (1979). Rebound insomnia. A potential hazard following withdrawal of certain benzodiazepines. *Journal of the American Medical Association*, 241, 1692-5.
- Kales, A. & Kales, J.D. (1983). Sleep laboratory studies of hypnotic drugs: efficacy and withdrawal effects. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 3(2), 140-150.
- Kan, C.C., Breteler, M.H.M., Timmermans, E.A.Y., van der Ven, A.H.G.S. & Zitman, F.G. (1999). Scalability, reliability and validity of the benzodiazepine dependence self-report questionnaire in outpatient benzodiazepine users. *Comprehensive Psychiatry*, 40(4), 283-291.
- Kan, C.C., Hilberink, S.R. & Breteler, M.H.M. (2004). Determination of the main risk factors for benzodiazepine dependence using a multivariate and multidimensional approach. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 2, 88-94.

- Kerssemakers, R., van Meerten, R., Noorlanders, E. & Vervaeke, H. (2008). *Drugs en Alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lader, M. (1994). Anxiety or depression during withdrawal of hypnotic treatments. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 113-123.
- Lader, M.H. (1999). Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? *European Neuropsychopharmacology*, 9, S399-405.
- Lader, M., Tylee, A., Donoghue J. (2009). Withdrawing benzodiazepines in primary care. *CNS Drugs*, 23, 19-34.
- Larsen, R.J. (1992). Neuroticism and selective encoding and recall of symptoms: Evidence from a combined concurrent-retrospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 480-488.
- Larsen, R.J. & Buss, D.M. Personality psychology. New York: McGraw-Hill.
- Ley, P. (1979). Memory for medical information. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 245-255.
- Linden, M., Bär, T. & Geiselman, B. (1998). Patient treatment insistence and medication craving in long-term low-dosage benzodiazepine prescriptions. *Psychological Medicine*, 28(3), 721-729.
- MacKinnon, G.L. & Parker, W.A. (1982). Benzodiazepine withdrawal syndrome: a literature review and evaluation. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 9(1), 19-33.
- Marks, D.F., Murray, M., Evans, B. & Willig, C. (2000). Health psychology: theory, research & practice. London: Sevenoaks.
- Mathijssen, R. & Houwing, S. (2005). The prevalence and relative risk of drink and drug driving in the Netherlands: a case-control study in the Tilburg police district; research in the framework of the European research programme IMMORTAL R-2005-9. Leidschendam: SWOV.
- Merz, W.A. & Ballmer, U. (1983). Symptoms of the barbiturate / benzodiazepine withdrawal syndrome in healthy volunteers – standardized assessment by a newly developed self-rating scale. *Journal of Psychoactive Drugs*, 15, 71-84.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Factsheet vergoeding benzodiazepinen*. Verkregen op 10 januari 2010 via de website van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: <http://www.minvws.nl/folders/z/2008/factsheet-vergoeding-benzodiazepinen.asp>

- Mravčík V., Vorel F. & Zábanský, T. (2007). Drugs and fatal traffic accidents in the Czech Republic. *Central European Journal of Public Health*, 15, 158-162.
- Nederlands Instituut van Psychologen. COTAN testdatabase. Geraadpleegd op 17 november 2009, op <http://www.cotantestdatabase.nl/>.
- Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (2005). *Brochure stoppen met benzodiazepinen*. Utrecht: DGV.
- O'Connor, K.P., Marchand, A., Bélanger, L., Mainguy, N., Landry, P., Savard, P., Turcotte, J., Dupuis, G., Harel, F. & Lachance, L. (2004). Psychological distress and adaptational problems associated with benzodiazepine withdrawal and outcome: a replication. *Addictive Behaviors*, 29(3), 583-593.
- O'Connor, K.P., Marchand, A., Brousseau, L., Aardema, F., Mainguy, N., Landy, P., Savard, P., Léveillé, C., Lafrance, V., Boivin, S., Pitre, D., Robillard, S. & Bouthillier, D. (2008). Cognitive-behavioural, pharmacological and psychosocial predictors of outcome during tapered discontinuation of benzodiazepine. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 1-14.
- Ogden, E.J. & Moskowitz, H. (2004). Effects of alcohol and other drugs on driver performance. *Traffic Injury Prevention*, 5, 185-198.
- Oude Voshaar, R.C., Couvée, J.E., van Balkom, A.J.L.M. & Mulder, P.G.H. (2006). Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use. *British Journal of Psychiatry*, 189, 213-220.
- Oude Voshaar, R.C., Mol, A.J.J., Gorgels, W.J.M.J., Breteler, M.H.M., van Balkom, A.J.L.M., van de Lisdonk, E.H., Kan, C.C. & Zitman, F.G. (2003). Cross-validation, predictive validity, and time course of the benzodiazepine dependence self-report questionnaire in a benzodiazepine discontinuation trial. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 3, 247-255.
- Parr, J.M., Kavanagh, D.J., Cahill, L., Mitchell, G. & McD Young R. (2009). Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction*, 104, 13-24.
- Pélissolo, A., Maniere, F., Boutges, B., Allouche, M., Richard-Berthe, C. & Corruble, E. (2007). Anxiety and depressive disorders in 4,425 long term benzodiazepine users in general practice. *L'Encephale*, 33(1), 32-8.

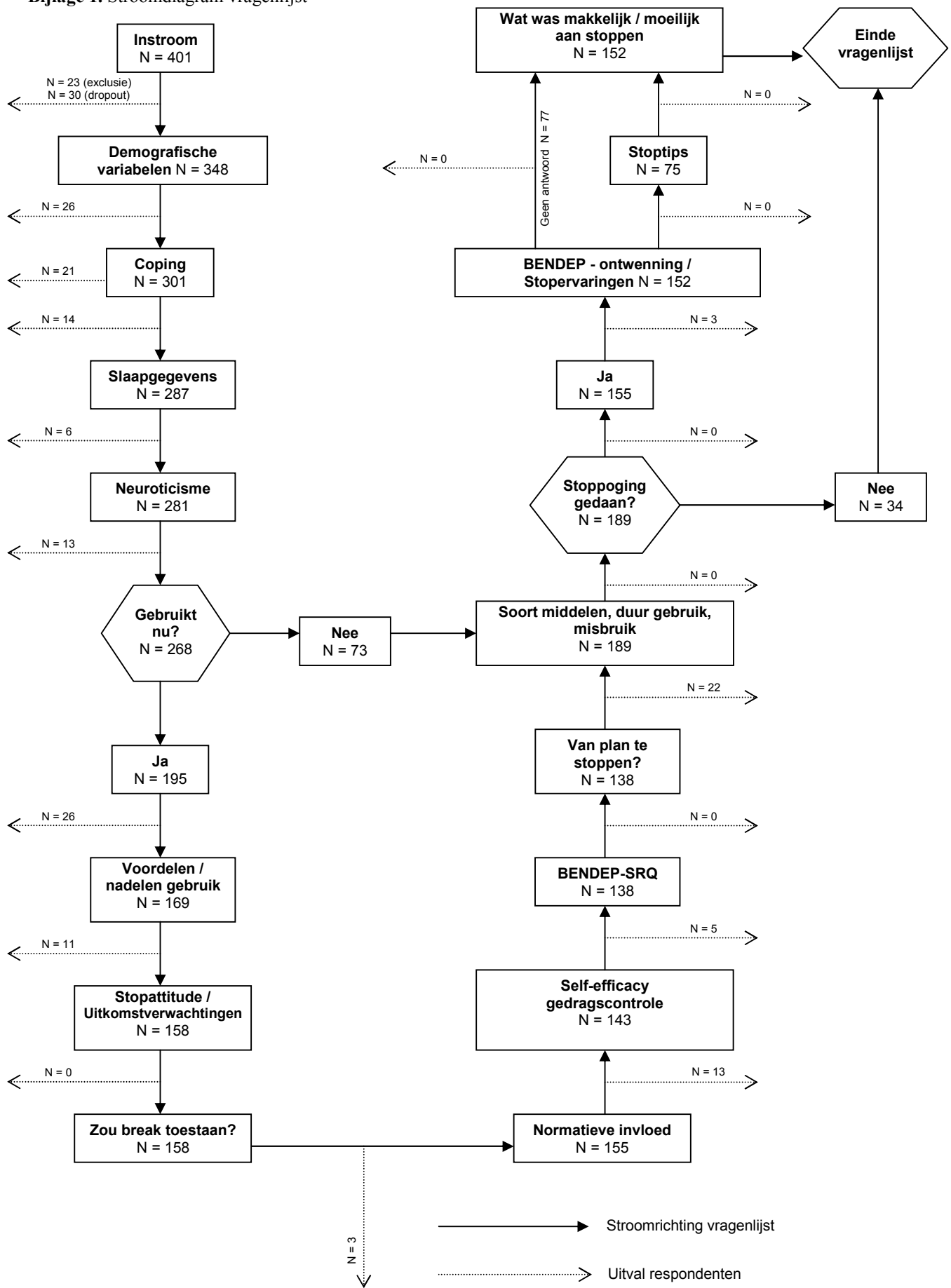
- Petitti, D.B., Friedman, G.B. & Kahn, W. (1981). Accuracy of information on smoking habits provided on self-administered research questionnaires. *American Journal of Public Health*, 71(3), 308-311.
- Pimlott, N.J., Hux, J.E., Wilson, L.M., Kahan, M., Li, C. & Rosser W.W. (2003). Educating physicians to reduce benzodiazepine use by elderly patients: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 835-839.
- Postel, M.G., de Jong, C.A. & de Haan, H.A. (2005). Does e-therapy for problem drinking reach hidden populations? *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2393
- Ricci, G., Majori, S., Mantovani, W., Zappaterra, A., Rocca, G. & Buonocore, F. (2008). Prevalence of alcohol and drugs in urine of patients involved in road accidents. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 49, 89-95.
- Rickels, K., Schweizer, E., Case, W.G. & Greenblatt, D.J. (1990). Long-term therapeutic use of benzodiazepines. I. Effects of abrupt discontinuation. *Archives of General Psychiatry*, 47, 899-907.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2009). Ranking van Drugs. Een vergelijking van de schadelijkheid van drugs. Bilthoven: RIVM.
- Rosser, W.W., Simms, J.G., Patten, D.W. & Forster, J. (1981). Improving benzodiazepine prescribing in family practice through review and education. *Canadian Medical Association Journal*, 124(2), 143-152.
- Schneeweiss, S. & Wang, P.S. (2005). Claims data studies of sedative-hypnotics and hip fractures in older people: exploring residual confounding using survey information. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 948-954.
- Schreurs, P.J.G., van de Willige, G., Brosschot, J.F., Tellegen, B. & Graus. (1993). Handleiding Utrechtse Coping Lijst UCL (herziene versie). Lisse: Swets en Zeitlinger
- Schweizer, E., Rickels, K., De Martinis, N., Case, G. & García-España, F. (1998). The effect of personality on withdrawal severity and taper outcome in benzodiazepine dependent patients. *Psychological Medicine*, 28, 713-720.
- Siliquini, R., Chiadò Piat, S., Gianino, M.M. & Renga, G. (2007). Drivers involved in road traffic accidents in Piedmont Region: psychoactive substances consumption. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 48, 123-128.
- Smink, B.E. (2008). Benzodiazepines and traffic safety: forensic, analytical-toxicological and

- epidemiological aspects of driving under the influence of benzodiazepines [proefschrift Rijksuniversiteit Groningen]. 's-Gravenhage: Opmeer Drukkerij BV.
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (2008). Data en Feiten 2008. 's-Gravenhage: Stichting Farmaceutische Kengetallen.
- Streiner, D.L. & Norman, G.R. (2008). Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford: OUP.
- Ten Wolde, G.B., Wiggelinkhuijsen, S., Dijkstra, A., Zitman, F.G., Knuistingh Neven, A. & van den Hout, W.B. (2005). Computer-gegenereerde patiëntenvoorlichting gericht op discontinuering van chronisch benzodiazepinegebruik. Universiteit Leiden.
- Ten Wolde, G.B., Dijkstra, A., van Empelen, P., van den Hout, W., Knuistingh Neven, A.K., Zitman F. (2008). Long-term effectiveness of computer generated tailored patient education on benzodiazepines: a randomized controlled trial. *Addiction*, 103(4), 662-670.
- Ten Wolde, G.B., Dijkstra, A., van Empelen, P., Knuistingh Neven, A. & Zitman, F.G. (2008). Psychological determinants of the intention to educate patients about benzodiazepines. *Pharmacology World & Science*, 30, 336-342.
- Thomas, R.E. (1998). Benzodiazepine use and motor vehicle accidents. *Canadian Family Physician*, 44, 799-808.
- Tiller, J.W. (1994). Reducing the use of benzodiazepines in general practice. *British Medical Journal*, 309, 3-4.
- Trucco, M., Rebollade, P., González, X., Correa, A. & Bustamante, M. (1998). Recent alcohol and drug consumption in victims of work related accidents. *Revista Médica de Chile*, 126, 1262-7.
- Twisk, J.W.R. (2007). Inleiding in de toegepaste biostatistiek. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Tyrer, P., Murphy, S. & Riley, P. (1990). The Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire. *Journal of Affective Disorders*, 19, 53-61.
- Verster, J.C., Veldhuijzen, D.S., Patat, A., Olivier, B. & Volkerts, E.R. (2006). Hypnotics and driving safety: meta-analyses of randomized controlled trials applying the on-the-road driving test. *Current Drug Safety*, 1(1), 63-71.

- Vestergaard, P., Rejnmark, L. & Mosekilde, L. (2006). Anxiolytics, sedatives, antidepressants, neuroleptics and the risk of fracture. *Osteoporos International*, 17, 807-816.
- Wadsworth, E.J., Moss, S.C., Simpson, S.A. & Smith, A.P. (2005). Psychotropic medication use and accidents, injuries and cognitive failures. *Human Psychopharmacology*, 20, 391-400.
- Wagner, A.K., Ross-Degnan D., Gurwitz, J.H., Zhang, F., Gilden D.B., Cosler, L., & Soumerai, S.B. (2007). Effect of New York state regulatory action on benzodiazepine prescribing and hip fracture rates. *Annals of Internal Medicine*, 146, 96-103.
- Wingen, M., Raemakers, J.G. & Schmitt, J.A.J. (2006). Driving impairment in depressed patients receiving long-term antidepressant treatment. *Psychopharmacology*, 188, 84-91.
- Zandstra, S.M., Furer, J.W., van de Lisdonk, E.H., van 't Hof, M., Bor, J.H.J., Zitman, F.G. & van Weel, C. (2002a). Different study criteria affect the prevalence of benzodiazepine use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 139-144.
- Zandstra, S.M., Furer, J.W., van de Lisdonk, E.H., Bor, J.H.J., Zitman, F.G. & van Weel, C. (2002b). Differences in health status between long-term and short-term benzodiazepine users. *British Journal of General Practice*, 52, 805-808.
- Zandstra, S.M., van Rijswijk, E., Rijnders, C.A.Th., van de Lisdonk, E.H., Bor, J.H.J., van Weel, C. & Zitman, F.G. (2004). Long-term benzodiazepine users in family practice: differences from short-term users in mental health, coping behaviour and psychological characteristics. *Family Practice*, 21, 266-269.

8. **Bijlagen**

Bijlage 1. Stroomdiagram vragenlijst



Bijlage 2. Gebruikte benzodiazepinen

Stofnaam	Totaal	%	NL merknamen
Oxazepam	56	22,5%	Seresta
Temazepam	46	18,5%	Normison
Zopiclon	26	10,4%	Imovane
Alprazolam	23	9,2%	Xanax
Diazepam	23	9,2%	Valium, Stesolid
Zolpidem	19	7,6%	Stilnoct
Lorazepam	17	6,8%	Temesta
Bromazepam	9	3,6%	-
Nitrazepam	6	2,4%	Mogadon
Lormetazepam	5	2,0%	Noctamid
Midazolam	4	1,6%	Dormicum
Flurazepam	3	1,2%	Dalmadorm
Loprazolam	3	1,2%	Dormonoct
Clorazepaat	3	1,2%	Tranxene, di-K-zout
Brotizolam	2	0,8%	Lendormin
Prazepam	1	0,4%	Reapam
Chloordiazepoxine	1	0,4%	Librium
Clobazam	1	0,4%	Frisium
Flunitrazepam	1	0,4%	Rohypnol

Deze lijst is opgesteld aan de hand van middelen die als eerste en als tweede middel genoemd werden door de respondenten. Hierbij is geen onderscheid gemaakt of het middel als eerste middel of als tweede middel genoemd werd.

Bijlage 3. Flyer zoals verspreid naar apotheken.

